Informe Pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno

Julio a octubre de 2019

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 en la Ley 1474 de 2011 y la ley 1753 de 2015 articulo 133

E.S.E HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011 – Artículo 9 / *LEY 1753 DE 2015- Artículo 133*		
Jefe Asesora de Control Interno Auditora	*Margarita María Moncada Zapata* *Estefanía Mosquera Montoya*	***Fecha de Elaboración:*** *Noviembre del 2019*

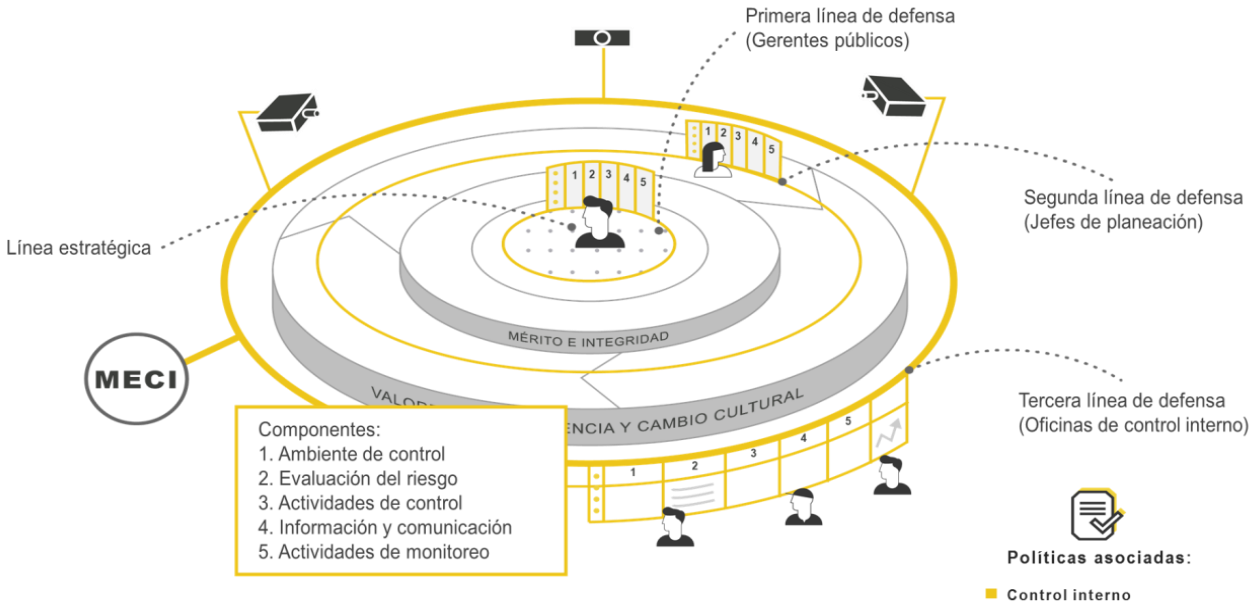
Presentación

De conformidad con las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno presenta y publica el informe sobre el estado del Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia.

Desde su implementación en el año 2011, el informe pormenorizado sobre el estado del sistema de control interno, se ha venido desarrollando, cada cuatro meses conforme lo dispone la ley, mediante un seguimiento integral a la gestión institucional, con base en la estructura del modelo MECI.

A partir de la implementación del modelo MIPG Decreto 1499 de 2017, el cual se presenta en el contexto de la gestión pública como un avance importante para la ejecución y seguimiento integral de la gestión de la entidad; el seguimiento pormenorizado por parte de la Oficina de Control Interno (OCI), se enmarca en los postulados del MIPG, sus siete (7) dimensiones, de las cuales hace parte el Control Interno, las políticas definidas para cada dimensión, y las cuatro (4) líneas de defensa de que trata este modelo.

Séptima dimensión: Control Interno



Fuente: Manual Operativo MIPG – versión publicada en Página web Función Pública 29-01-2018

La E.S.E Hospital Mental de Antioquia, continúa realizando actividades de implementación del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG).

El informe pormenorizado se elabora con la intención principal de aportar a la permanente mejora de la entidad en el alcance y cumplimiento de su misión "*Prestamos servicios integrales y especializados en salud mental, desarrollamos proyectos e investigaciones con altos estándares de calidad, a través de un talento humano competente, comprometido y humanizado*"

El informe Pormenorizado de Control Interno se continúa presentando bajo la estructura del modelo MECI, enfocado en la dimensión de control interno dentro del MIPG, actualizado en un esquema de cinco (5) componentes:

1. Ambiente de Control: *Conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de las organizaciones con el fin de implementar y fortalecer su sistema de control interno.*

2. Evaluación del Riesgo: *Proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.*

3. Actividades de Control: *Acciones determinadas para la entidad, generalmente expresadas a través de las políticas de operación procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.*

4. Información y Comunicación: *La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprenden a sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.*

5. Actividades de Monitoreo: *Busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.*

La Entidad continúa avanzando en las gestiones conducentes a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia.

1. Ambiente de Control

Este componente tiene como propósito asegurar un ambiente que le permita a le entidad disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Requiere del compromiso, el liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del comité institucional de coordinación de Control Interno.

El trabajo abordado desde dimensiones como Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados y Talento Humano, es fundamental para materializar un adecuado ambiente de control.

1.1 Compromiso con la integridad (Valores) y principios del servidor público.

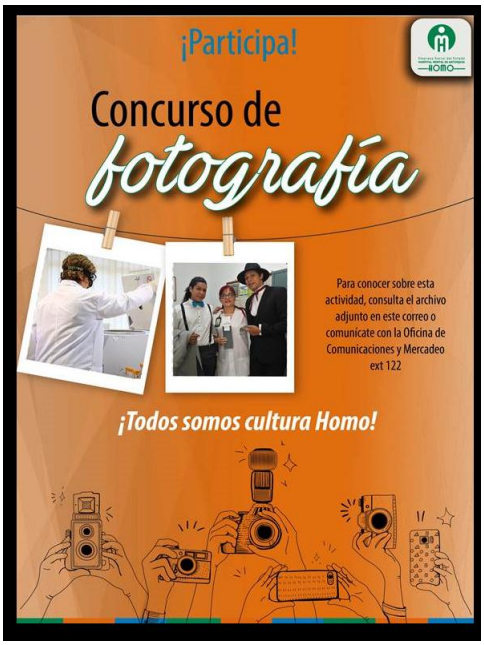
- ✓ ***Código de Integridad:***

La alta dirección ha demostrado que tiene compromiso con los principios y valores del servicio público, para ello se ha trabajado en el código de Integridad.

Durante el cuatrimestre se realizaron las siguientes actividades con relación a la implementación del código de integridad.

Actividad	Fecha
Se realizó lanzamiento del código de Integridad con una charla en valores realizada por cootrafa. En la celebración de los cumpleaños se socializa el código de integridad con una actividad de integración y trabajo en equipo.	27/09/2019
Se realizó actividad evaluativa del lanzamiento del código de integridad y de los cumpleaños.	22/10/2019
Informe de Talento Humano	22/10/2019
Tabulación de encuestas. Informe final de la implementación del código año 2019	22/10/2019
Informe de seguimiento Talento Humano.	30/08/2019 – 15 y 27/09/2019
Exaltación al mejor servidor público. Concurso de fotografía: Enmarcado en el día del Servidor Público, se convocó al personal de planta a participar del I Concurso de Fotografía Homo. Se rigió por las siguientes	30/08/2019 – 15/06/2019

BASES: Tema Las fotografías debían hacer referencia a los valores institucionales enfocados en la prestación de servicios y atención al usuario. Las imágenes deben proyectar una imagen positiva del Hospital Mental de Antioquia y sus valores: • Justicia • Compromiso • Honestidad • Respeto • Diligencia	



Concurso y fotografía ganadora.

1.2 Estructura organizacional y niveles de autoridad y responsabilidad:

La entidad realiza ajuste en la estructura administrativa, una vez termine el proceso de vinculación y desvinculación del personal por el concurso, se debe hacer revisión y ajuste del Organigrama.
Se creó el cargo de Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el Trabajo, acuerdo aprobado en el mes de mayo por Junta Directiva, teniendo en cuenta que según el artículo 16 de la resolución 0312 de febrero de 2019 se establecen los estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificados con riesgo I, II III, IV y V, exigiendo a estas asignar una persona que diseñe e implemente el sistema de gestión de SST con el siguiente perfil "*El diseño e implementación del sistema de gestión de SST podrá ser realizado por un profesional en SST, profesionales con posgrado en SST, que cuenten con licencia en seguridad y Salud en el Trabajo vigente y el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas*". A la fecha de aprobación la planta de cargos y el manual de funciones de la E.S.E HOMO tenía asignado las funciones del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo al cargo de nivel técnico administrativo.

1.3 Gestión del talento humano, compromiso con la competencia de su personal:

Este comprende los resultados de las estrategias relacionadas con el proceso de gestión del talento humano de tal forma que éste provea el personal competente, establecer mecanismos orientados a la construcción de la cultura corporativa y a generar motivación y satisfacción en los empleados.

- ✓ ***Vinculación y desvinculación***

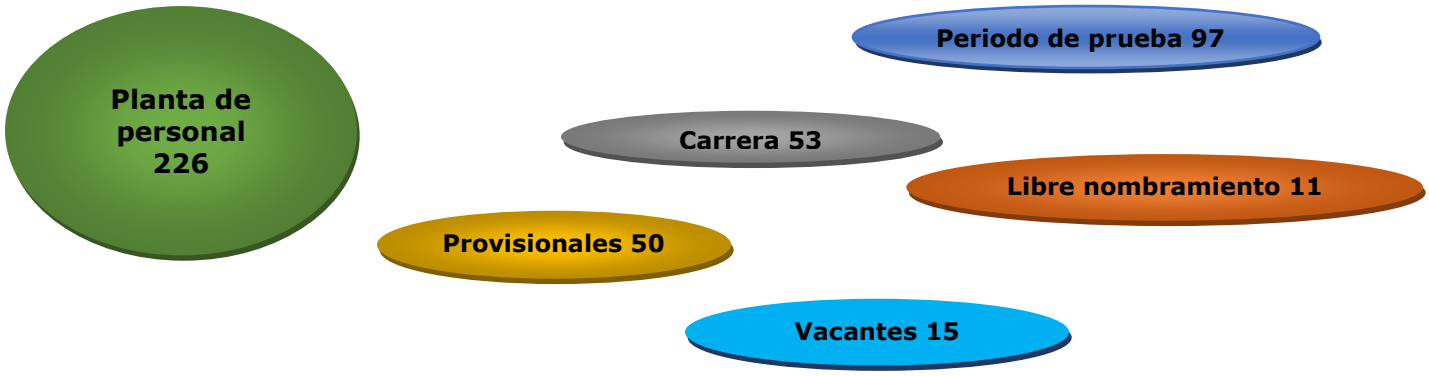
La oficina de Talento Humano de la E.S.E HOMO continúa adelantando el proceso de vinculación y desvinculación del personal de planta, debido al concurso de carrera administrativa con proceso desde el 2016, aún no se ha terminado debido a prorrogas que han solicitado las personas que ganaron el concurso, o que han llegado funcionarios y se posesionan y al poco tiempo renuncian.

Durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre se han realizado los siguientes cambios (vinculación y desvinculación), contando con los diferentes cargos de la entidad:

Vinculación	Reporte GH
Julio– Octubre 2019	10

Desvinculación	Reporte GH
Julio– Octubre 2019	16

Actualmente la planta se encuentra conformada de la siguiente forma:



Resumen convocatoria 426 de 2016

N°	Acción realizada
26	Listas de elegibles.
5	Reclamaciones a 2 listas de elegibles
126	Nombramientos de 24 listas de elegibles con firmeza completas y 2 listas elegibles con firmeza parcial. Pendiente 4 nombramientos
1	Prorrogas aceptadas.
14	Negaciones al nombramiento.
9	Nombramientos adicionales por negación al nombramiento.

✓ ***Remuneración y prestaciones sociales***

Conceptos de remuneración y prestaciones sociales	Ejecución a septiembre
Liquidación anual de cesantías e Intereses a las cesantías	100%
Pagos de Nómina	100%
Recargos nocturnos y festivos	100%
Prima por año de servicio (35% salario)	100%
Vacaciones (15 días)	100%

Prima vacaciones (15 días) Bonificación por recreación (2 días).	
Prima de Servicios	100%

- ✓ ***Bienestar e incentivos***

Tiene el propósito de tomar acciones que permitan desarrollar niveles de participación y empoderamiento del personal con su trabajo y con el logro de la misión de la entidad, potenciando las calidades humanas para la satisfacción de sus necesidades personales y profesionales, y para propender por la generación de un clima organizacional que permita a los servidores su satisfacción en el cumplimiento de las labores y la eficiente prestación de los servicios.

Durante los meses de Julio, agosto y septiembre, se continua con el convenio del Gimnasio Bodytech para los funcionarios de planta y quienes no puedan asistir podrán ceder el cupo del 100% a un familiar.	
Rumba aeróbica realizada el 4 de octubre	

Pendientes por ejecutar:

Aún sigue suspendida la convocatoria de teletrabajo debido a la vinculación desvinculación del personal, que se ha venido presentando durante los últimos meses, por el concurso de la comisión nacional del servicio civil.

✓ ***Capacitaciones***

Dentro de los compromisos del equipo de Gestión Humana se asignaron las siguientes capacitaciones:

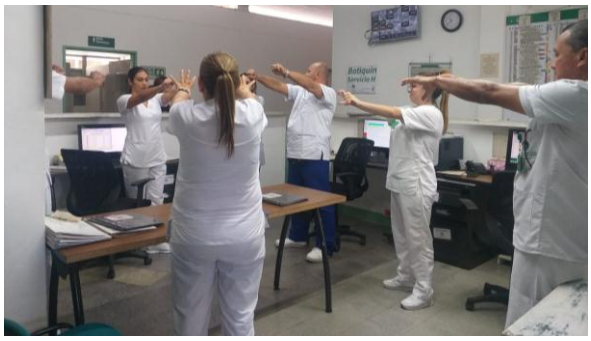
CAPACITACIÓN	DIRIGIDO A:	FECHA	HORAS	ENTIDAD
Contratación Estatal -CENDAP-	Jefes Planeación, supervisores	9 y 10 de septiembre	20	
- Contratación estatal, - Riesgos de Corrupción - Certificación con global training sas-de la Jefe de oficina como Auditora Integral. - Capacitaciones virtuales con el DAFP en implementación de ley 1712 de 2014 de acceso a la información pública, código de integridad, Aplicativo de medidas de Austeridad, -Capacitación en cierres de Gobierno exitosos en la GOB ANT. Capacitación Lideres y acoso laboral. -Miembro Auditool para capacitación permanente de la Oficina, pagado por el hospital.	**Control Interno**	Sept 9 y 10 Sept 11,12 y 13 Sept 11, 12, 13, 16,17,18,19,20 Sept 25 ,sept 26, sept 30 Sept 20	20 60 12 5	
Gestión documental y archivo	Gestión Documental, Facturación y Cartera	14/20 Agosto de 2019 y 11/09	24	COHAN
Humanización en la atención-COHAN	Personal Call Center, Citas, Información, Orientación al Usuario, Trámites, ayudas diagnósticas, Rev de Formulas.	21 de Agosto 2019	8	
Temas de Medicina General más frecuentes en la práctica	Médicos Generales	Libro		UPB

diaria				
Personal Prejubilable	Personal Perjubilable	13 de Agosto /17 Septiembre	2	
Capacitación Afiliaciones ARL	Gestión Humana, Jurídica	23 de Agosto 2019		
El líder y la prevención del acoso laboral	Líderes de procesos	30/09/2019	2	
Brigada de emergencias-sistema comando de incidentes	Brigadistas	10 y 24 de octubre	16	
Capacitación liderazgo-comunicación asertiva	Líderes de procesos	11 de octubre	8	
Capacitación requisitos SST en contratación	Erika Monsalve	28/10/2019	9	COLMENA
Jiu Jitsu COLMENA	Asistenciales	9 de Agosto	4	
Jiu Jitsu COLMENA	Asistenciales	13 de septiembre	4	
Soporte vital básico -COHAN-	Auxiliares área salud	27-ago-19	8	
Construcción participativa de la política pública de transparencia, integridad y legalidad	Comunicaciones	26-sep	8	
Código fucsia violencia sexual	Personal asistencial	Octubre 1 y 2	8	

- ✓ ***Seguridad y salud en el trabajo:***

Con el fin de fortalecer la seguridad laboral, la promoción y prevención de la salud en el lugar de trabajo, se adelantaron actividades para los servidores públicos, tercerizados y contratistas de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia:

	El 10 y 24 de octubre se llevó a cabo el entrenamiento de la brigada de emergencia.
Se realizó el día 7 de octubre elecciones de los integrantes del Copasst.	
	el día 30 de octubre se realizo campaña del correcto uso del celular.
Se realizó capacitación de JIU JITSU el día 13 de septiembre a los auxiliares del área de la salud.	



Pausas activas por todos los servicios de la entidad.

Intervención sobre higiene postural y pausas activas.	
	Simulacro de evacuación de todos los servicios de la entidad.

- ✓ ***Comité de convivencia laboral***

Comité de convivencia laboral	**Conformación del comité de convivencia laboral**	**Acto administrativo**	**Resolución 0266 de28 febrero 2019**	**100%**
	Capacitaciones al comité de convivencia en habilidades y conocimientos en Normatividad Legal, Ley 1010 y Resolución 2646 Obligaciones y Responsabilidades	Capacitación	75% impactado	100%
	Reuniones ordinarias del	Actas	Reunión	100%

	comité de convivencia laboral		ejecutada	

- ✓ ***Alianzas decencia servicio***

Se realizó CODA se hizo seguimiento a las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento,

Se logró el 80% de cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento y se espera dar cumplimiento a las demás acciones para el Comité de Docencia Servicio del mes de noviembre.

14 Convenios docencia servicio
• **Universidad de Antioquia** • **Universidad Pontificia Bolivariana UPB** • **Universidad CES** • **San Martin** • **Uniremington** • **Universidad Cooperativa de Colombia UCC** • **Uniminuto** • **Politécnico mayor** • **Indecap** • **Predesalud Cedenorte Bello** • **Censa** • **Paramédicos sin fronteras** • **Academia técnica de Bello**

- ✓ ***Pasivo pensional***

La E.S.E como entidad pública del orden territorial, posterior a la vigencia de la Ley 100 de 1993 ha sido una entidad reconocedora de 364 pensiones, que se han venido analizando y revisando para la toma de medidas administrativas y judiciales necesarias para su saneamiento.
El Gerente informa en los diferentes comités de la Entidad que el pasivo pensional está generando problemas de liquidez que hacen que la Entidad esté calificada en riesgo financiero alto y esté sometida a un Plan de Saneamiento.

Clasificación jubilados				
Jubilados (Beneficiarios convenio de concurrencia)	A 31 Dic 1993	Activos a diciembre 2017	Activos a dic 31 de 2018	Activos a septiembre 30 de 2019
Jubilados antes de 1993 convenio cubre bonos y mesadas	281	204	197	196
Activos	217	204	197	196
Beneficiario Temporal	5			
Fallecidos	59			
Jubilados activos despues de 1993 convenio cubre solo bonos	83	64	64	64
Jubilados por la ESE Hospital Mental de Antioquia (Totalmente)	9	7	7	7
Jubilado por Sentencia		1	1	1
Jubilado por invalidez	2	2	2	2
Pensión compartida (1por sentencia, las otras gestión HOMO-estuplan)	31	39	39	39
Pensión Compartida - colpensiones - Pensión Sanción	3	5	5	5
Pensión Sanción (Afiliados que no cumplen con semanas cotizadas)	17	7	7	7
Para estudio de compatibilidad	14	3	3	3
Pensión pagada (Totalmente ISS y Colpensiones)	2			
Beneficiarios Temporales	2			
Jubilados Fallecidos	3			
Total jubilados	364	268	261	260

1.4 Comité de Control Interno:

El Comité de Control Interno cumple las funciones dirigidas a planear el direccionamiento estratégico y cumplir con la misión de la entidad.
Durante la celebración de la semana de control interno, se realizó el tercer comité de Control Interno, donde cada una de las áreas expuso todas las actividades ejecutadas de los procedimientos de cada uno de los procesos de la entidad.

Control interno realiza evaluaciones del cumplimiento de los valores y principios para los servidores públicos y se dan recomendaciones de cómo dar a conocer e implementar el Código de Integridad.

En el último Comité realizado el día 5 de Septiembre el orden del día desarrollado fue:

1. Verificación del quorum
2. Aprobación del acta anterior
3. Capacitación a Jefes y líderes en liderazgo y Humanización como parte de la Semana de Control interno
4. Presentación de informes por áreas.

El acta del Comité numero 3 al igual que las actas número 1 y 2 están debidamente revisadas y firmadas.

1.5 Plan estratégico institucional y de planeación:

La Oficina Técnica de Planeación, de la E.S.E HOMO, realiza el seguimiento y monitoreo trimestral sobre el cumplimiento de las metas y objetivos programados en cada vigencia, respecto a la ejecución de las labores de resultados e impactos de las políticas, programas y proyectos prioritarios de la entidad.

El seguimiento y evaluación al plan de desarrollo permite a la alta dirección, verificar el progreso de los planes, programas y proyectos a través de la consecución de sus objetivos. El seguimiento al plan de desarrollo es un proceso periódico de recolección y análisis de información que permite determinar el grado de avance de las metas propuestas de manera semestral.

A septiembre no se realiza seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo, según procedimiento interno, sin embargo se le hace seguimiento al Plan Operativo Anual de manera trimestral como avance a la ejecución de programas y proyectos de la institución.

- ✓ **POA:**

El Plan Operativo Anual formulado por la Entidad vigencia 2019, que fue aprobado por Junta directiva mediante Acuerdo No. 023 del 07 de diciembre de 2018 obtuvo un porcentaje de cumplimiento a septiembre de 2019 del 87.3% y del 89.4% frente a la meta del periodo.

LINEA ESTRATEGICA	EJECUCIÓN A SEPTIEMBRE	EJECUCIÓN FRENTE A LA META DEL PERIODO	INVERSIÓN	PORCENTAJE INVERSIÓN
Prestación de servicios de salud	94,4	100,0	9.824.204	8,12
Infraestructura, dotación e información	87,0	95,2	1.686.423.818	61,87
Sistema Integral de gestión	85,5	96,0	84.245.719	88,63
Desarrollo del talento humano	84,4	71,8	71.327.236	70,74
Gestión financiera	77,8	73,2	25.098.150	21,02
Gestión del conocimiento	94,4	100,0	93.954.480	79,09
Total cumplimiento	**87,3**	**89,4**	**1.084.407.920**	**37,56**

- ✓ **PAAC:**

El Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano fue elaborado y aprobado por el comité de gestión y desempeño de la institución en enero de 2019, se encuentra publicado en la página web de la entidad en el link http://www.homo.gov.co/nuestro-hospital/gestion-institucional/plan-anticorrupcion.

La dirección técnica de planeación realiza el seguimiento respectivo y velar por el cumplimiento de estas actividades.

La oficina de Control Interno realiza seguimiento a la ejecución del PAAC y el último seguimiento fue en el mes de septiembre arrojando como resultado:

Componente	Acciones propuestas	Acciones cumplidas	Acciones no cumplidas	Porcentaje
1. Gestión del riesgo de corrupción - Mapa de riesgos de corrupción	5	3	2	60%
2. Racionalización de trámites	2	1	1	50%

3. Rendición de cuentas	3	2	1	67%
4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	7	7	0	100%
5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información	1	1	0	100%
6.Iniciativas Adicionales	1	1	0	100%
Total	**19**	**15**	**4**	**79%**

Al momento de realizar el seguimiento y auditoría al avance de las actividades formuladas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, con corte al 31 de agosto del año 2019, se ubica en un nivel de cumplimiento de 79% de ejecución en el cuatrimestre, el cual se encuentra por debajo del esperado, no se cumplió con el total de actividades programadas en el plan para alcanzar el 100% de ejecución; sin embargo hay un avance y programación para el cuatrimestre siguiente realizar las respectivas acciones y dar cumplimiento a este es importante tener en cuenta que las diferentes áreas deben de identificar cuáles son sus actividades como responsables y cuáles son los corresponsables de estás con el fin de no incumplir con el plan programado para el año en curso.

- ✓ ***Ejecución presupuestal:***

DESCRIPCIÓN	APR Inicial	Adiciones	PRESUPUESTO DEFINITIVO	COMPROMISOS	PAGOS	Saldo por comprometer	Saldo por pagar	% Comp/ Aprop.	% Pagos / Aprop.
Gastos de Personal	18.733.751.453	4.932.341.763	23.666.093.216	16.714.491.184	13.635.940.851	6.951.602.032	10.030.152.365	70.63%	57.62%
Gastos Generales	5.384.505.034	1.609.211.493	6.993.716.527	5.787.094.194	3.962.503.439	1.206.622.333	3.031.213.088	82.27%	56.66%
Transferencia Corriente	8.598.803.861	-223.175.004	8.375.628.857	4.392.476.977	4.266.915.723	3.983.151.880	4.108.713.134	52.44%	50.94%
Gastos de Funcionamiento	**32.716.760.348**	**6.318.378.252**	**39.035.438.600**	**26.894.062.355**	**12.109.688.840**	**12.141.376.245**	**17.170.078.587**	**68.89%**	**31.02%**

Gastos de Prestación de Servicios	10.034.015.087	6.194.436.185	16,228,451,272	15.606.632.912	10.415.083.781	621.818.360	5.813.367.491	96.17%	64.18%
Gastos de Operación Comercial	**10.034.015.087**	**641.205.709**	**16.228.451.272**	**15.606.632.912**	**10.415.083.781**	**621.818.360**	**5.813.367.491**	**96.17%**	**64.18%**
Programa de Inversión	0	15.575.260.509	15.575.260.509	15.561.522.478	9.036.153.414	13.738.031	6.539.107.095	99.91%	58.02%
Gastos Operativos de Inversión	354.810.613	5.964.999.250	6.319.809.863	4.347.585.391	4.095.192.466	1.972.224.472	2.224.617.397	68.79%	64.80%
Presupuesto de Inversión	**354.810.613**	**21.540.205.759**	**21.895.070.372**	**19.909.107.867**	**13.131.345.880**	**1.985.962.503**	**8.763.724.492**	**90.92%**	**59.97%**
TOTAL DE GASTOS	**43.105.586.048**	**28.499.789.720**	**77.158.960.244**	**62.409.803.134**	**35.656.118.501**	**14.749.157.108**	**31.747.170.570**	**80.88%**	**46.21%**

Con corte al 30 de septiembre del 2019 ya que a la fecha del seguimiento no se encontraba terminado el presupuesto a octubre, el total de compromisos de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia, ascendió a $ 62.409.803.134 correspondientes al 80.88% del presupuesto definitivo y los pagos sumaron $ 35.656.118.501 correspondientes al 46.21% del presupuesto definitivo.

La oficina de Control Interno hace el seguimiento correspondiente y como se observa en el presupuesto de funcionamiento, lo comprometido fue un 68.69% y lo pagado un 31.02% esto se debe a las adiciones realizadas para los pagos de honorarios y gastos de personal que debido a la limitación del presupuesto se adiciona a medida que el hospital genera ingresos, dineros recaudados de los convenios interadministrativos.

En los gastos de prestación de servicios se incrementó en un 34% debido a la necesidad de medicamentos para la prestación del servicio, recursos que son de los ingresos recaudado de las vigencias anteriores.

- ✓ ***Rendición de cuentas***

En el primer semestre de 2019 se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia 2018 por parte del doctor Elkin Cardona Ortiz, Gerente, a 84 asistentes

registrados entre ellos usuarios, familias y acudientes de los pacientes, así también algunos funcionarios de la institución. Esta audiencia se realizó con el objetivo de informar a la comunidad en general, pacientes, familias, acudientes, usuarios y grupos de interés (Asociación de usuarios, COPACO municipal, entre otros), sobre la gestión realizada por la Institución durante la vigencia 2018, y aclarar inquietudes de los participantes en términos de prestación de servicios de salud de mediana complejidad, generando mayor transparencia, activando el control social.

Se realizó convocatoria pública mediante diversos medios de comunicación institucionales, tales como: carteleras institucionales, página web, invitación directa al correo electrónico, publicación en redes sociales, y de forma presencial. La divulgación de la información se realiza con un mes de anticipación acorde a la normatividad.

La publicación en la página Web de la institución, así como el reporte a la Superintendencia de Salud, se realizó con la debida oportunidad, dando acceso a la comunidad al informe de gestión. La Invitación, informe de gestión 2018 y acta de audiencia se encuentra disponible en la página web de la institución en el micrositio de rendición de cuentas. http://www.homo.gov.co/nuestro-hospital/gestion-institucional/rendicion-cuentas

A septiembre se ha ejecutado el 75% de espacios y mecanismos de rendición de cuentas definidos en cronograma institucional, tales como Audiencia Pública. Publicaciones en Página Web, Medios Institucionales, Reuniones de Personal, Reuniones de Junta Directiva.

- ✓ ***Implementación y adelantos de MIPG:***

La Entidad continúa avanzando en las gestiones conducentes a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la E.S.E.

Comité: Mediante resolución 0475 de 2019 se modifica la resolución 0558 de 2018 que crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, debido a revisión de las funciones de los comités que están sustituidos por el nuevo comité, inclusión de funciones de seguridad informática, posibilidad de reuniones virtuales en casos específicos y revisión de integrantes garantizando que se encuentren los líderes de dependencias y procesos transversales, y que permita invitados de acuerdo al tema a tratar.

El comité de Gestión y Desempeño Institucional se encuentra activo con reuniones mensuales y sus actas se encuentran en la Dirección de Planeación y Proyectos.

Avance MIPG: Partiendo de la autoevaluación del modelo en la E.S.E que fue del 56.3%, la E.S.E inicio desde el año 2018 una priorización de cuestionarios menos puntuados que continúan durante el 2019, donde se levantaron planes de mejora interviniendo el 100% de los cuestionarios de las 7 dimensiones del Modelo.

Se ha realizado acompañamiento a los líderes de cuestionarios de las dimensiones de MIPG en la que se ha retomado la autoevaluación del proceso y revisado acciones de mejoramiento. Se espera para diciembre un informe de actividades ejecutadas y pendientes.

Resalta que el plan de acción de las Dimensiones: Gestión con Valor para Resultados, el cuestionario del presupuesto y de la Dimensión Evaluación para resultados, el cuestionario seguimiento al desempeño Institucional tienen un cumplimiento del 100%

Se consolidó y presentó información de todas las áreas para el reporte Índice de Transparencia y Acceso a la Información-ITA de la Procuraduría General de la Nación, correspondiente al periodo 2019 II, en el que se obtuvo un puntaje de 81/100.

- ✓ ***Fortalecimiento de los procesos organizacionales:***

Se revisaron, ajustaron o crearon los siguientes documentos que dan cuenta de la estandarización y mejoramiento de los procesos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. Información disponible en el servidor SIGC.

Proceso	Documento
Evaluación y Control	Registro de las no conformidades EC-FR-07 Lista de Verificación EC-FR-03
Gestión Estratégica	Guía metodológica para la elaboración de políticas institucionales GE–GA -02 Membrete Comité de Ética Novedades de dietas GE-GP-FR-12 Manual administración del riesgo GE-MA-02
Hospitalización y Egreso	Formato Control stock de medicamentos y dispositivos médicos TECAR HE–FR–21 Flujograma de atención paciente con diagnóstico VIH HE-PT-28 Procedimiento Admisión hospitalización HE-PR–01 Procedimiento Planeación y Ejecución del Cuidado y

	Tratamiento del Paciente Hospitalizado HE-PR-02 Procedimiento Entrega y recibo de turnos HE-PR-04 Instructivo VISITAS HE–IN – 06 Control de asistencia a terapia ocupacional HE-FR-48
Ambiente Físico y Tecnología	Control de mantenimiento de la planta eléctrica AF – FR – 08 Eliminación de la Guía Técnica planta eléctrica AF- GA - 01 Guía técnica de mantenimiento tanque en concreto AF-GA – 03 Inventario de ropería AF-FR- 06 Reposición de ropa hospitalaria AF-FR- 23 Ropa en stock (reserva) AF-FR- 24 Ropa en movimiento AF-FR- 25 Recepción de prendas en mal estado de lavandería AF-FR- 26 Control entrega y recibo de ropa hospitalaria AF- FR-05 Control de pesaje de ropa hospitalaria AF - FR - 07 Control de mantenimiento planta eléctrica AF - FR - 08 Guía de limpieza tanque almacenamiento de agua AF – GA -04 Planeación y asignación de la tecnología AF-PR-02
Gestión de Contratación	Normograma Formato estudio previo sin formalidades plenas y/o pago contra factura (modalidad contratación con 1 propuesta hasta 15 S.M.ML.V) GCO-FR-03 Caracterización Gestión de Contratación GCO–CP–01
Gestión de Calidad	Manual de Calidad GC-MA-01 Formato Socialización de Procesos y Documentos de Calidad GC- FR- 08 Eliminación del formato listado de documentos GC-FR- 02 Elaboración modificación eliminación y control de documentos GC-PR-02
Sistemas de Información	Eliminación del formato Solicitud de historias clínicas SI-FR-24
Gestión Financiera	Eliminación de los formatos documento de venta GF-FR-08, Relación de facturas GF-FR-12 y Provisión de cartera GF-FR-14
Información y Atención al Usuario	Guía preguntas frecuentes IAU-GA-05 Guía de despliegue derechos y deberes de los pacientes

Se puso en funcionamiento al 100% el módulo de calidad en el aplicativo SAIA, para mejorar el control y seguimiento de los documentos del sistema de gestión de calidad, dado que la solicitud, modificación, eliminación y control se hace de manera automatizada.

- ✓ ***Auditorías externas:***

Durante el periodo evaluado se recibieron las auditorias externas (segunda parte) de las eapb(s) al sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.

ECOOPSOS el 22/07/2019
COOSALUD el 03/09/2019
Secretaría de Salud de Bello el 06/08/2019

2. Evaluación del Riesgo

Hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, que permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

2.1 Direccionamiento estratégico:

Durante el presente cuatrimestre La Oficina de Control Interno construyó como apoyo a la Gerencia y a la Alta Dirección el documento de lineamientos para el Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, siendo presentado en el tercer Comité de Control Interno y estando pendiente de la próxima reunión del Comité para su aprobación definitiva luego de revisión y ajuste de cada una de las áreas.

Desde la Oficina de Control Interno constantemente se están dando alertas y recomendaciones tanto al Comité de Control Interno, como al Comité de Gestión y

desempeño en mejoras que se deban realizar según Auditorías realizadas a inconformidades detectadas en los procesos o servicios.

En la entidad el equipo directivo está preparado para articular en el año 2020 el nuevo Plan de Desarrollo de la Entidad con el nuevo Plan de Desarrollo del Departamento.

- ✓ ***Política de riesgo:***

La planeación establece las bases para determinar el elemento riesgo y minimizarlo. La eficiencia en la actuación depende en gran parte de una buena planeación.

La E.S.E cuenta con un modelo de administración del riesgo documentado en el sistema de gestión de la calidad que se revisó y actualizó en febrero de 2019 con la nueva cartilla del Departamento Administrativo de la Función Pública, publicado en el link. http://www.homo.gov.co/nuestro-hospital/gesti%C3%B3n-institucional/gestion-riesgos.

Igualmente se tiene identificación de riesgos de corrupción en el link http://www.homo.gov.co/nuestro-hospital/gesti%C3%B3n-institucional/gestion-riesgos revisada en el mes de febrero de 2019.

- ✓ ***Monitoreo y evaluación de los mapas de riesgos:***

Revisión y actualización de riesgos
La oficina de planeación, con el apoyo de la oficina de calidad realizaron acción de revisión, identificación de los riesgos y valoración de los controles de los riesgos identificados de los procesos Gestión Estratégica, subproceso Comité de Ética en Investigación, gestión Farmacéutica, Evaluación y Manejo Ambulatorio de Pacientes Urgencias, Evaluación y Manejo Ambulatorio de Pacientes Consulta Externa, Ambiente Físico y Tecnología, Sistemas de Información y Evaluación y Control.

Se realizó la actualización del mapa de riesgos institucional con los mapas de riesgos ajustados de los procesos Gestión Estratégica, subproceso Comité de Ética en Investigación, gestión Farmacéutica, Evaluación y Manejo Ambulatorio de Pacientes Urgencias, Evaluación y Manejo Ambulatorio de Pacientes Consulta Externa, Ambiente Físico y Tecnología, Sistemas de Información y Evaluación y Control. Publicados en el Sistema de Gestión de la Calidad.

Por tanto en la actualidad la entidad tiene riesgos identificados y calificados por procesos, solo 2 se encuentran en actualización con la nueva matriz.

Seguimientos a los riesgos y controles por proceso: Con corte a septiembre se solicitó a los líderes registrar el seguimiento a los riesgos del proceso a cargo, los cuales reportaron a planeación:

Calidad: La gestión del riesgo del área se plasma en las matrices de riesgos de los procesos Gestión de Calidad y Evaluación y Control que se encuentran disponibles en el SIGC en cada uno de los dos (2) procesos. En el proceso Gestión de Calidad se han realizado dos (2) seguimientos a los controles de los riesgos identificados, uno el II trimestre y el otro el III trimestre.

Se han realizado todos los controles definidos para el proceso Gestión de Calidad en el II y el III trimestre, no se ha materializado ningún riesgo lo que da cuenta de la eficacia de los controles y no ha sido necesario formular acciones de mejoramiento, sin embargo en el seguimiento al control del riesgo 1 que es la realización del seguimiento a los indicadores de los procesos, se identificó que algunos procesos no tenían información y análisis completo, lo que llevó a generar una alerta a cada uno de los responsables de la medición.

Se han realizado todos los controles definidos para el proceso Evaluación y Control en el III trimestre, no se ha materializado ningún riesgo lo que da cuenta de la eficacia de los controles y no ha sido necesario formular acciones de mejoramiento.

Gestión Documental: En este periodo no hubo seguimiento a los controles de los riesgos del área toda vez que está en construcción, sin embargo, frente al riesgo de "uso indebido de la Información confidencial o institucional para favorecimiento personal o de un tercero", constantemente se orienta al personal del área sobre el manejo adecuado de las historias clínicas y de las historias laborales.

Servicios generales: Desde el área de servicios generales y con apoyo del personal de la empresa AR Estructural se realizó una guía donde se especifica el punto exacto de las válvulas o llaves de paso del agua, esto con el fin de enterar a la comunidad hospitalaria por si se presenta una emergencia, se hizo necesario dicha guía para poder así intentar mejorar todo lo relacionado con las fugas, esta guía se entregó en los servicios de hospitalización y se socializo en el Comité de Emergencias.

Cartera facturación: En estos momentos se está terminando de realizar los ajustes a la matriz de riesgo del área financiera y se está a la espera de su socialización con el grupo de trabajo.

Gestión Humana: A la fecha se tienen identificados para el Proceso de Gestión de Talento Humano, 13 Riesgos, con seguimiento al 30 de septiembre de 2019, de los cuales no se ha materializado ninguno, lo que significa que los controles han sido efectivos.

Planeación y Proyectos: La gestión del riesgo del área se encuentra en la matriz de riesgos del proceso de Direccionamiento Estratégico que se encuentra disponible en el SIGC. Se han realizado dos (2) seguimientos a los controles de los riesgos identificados, uno el II trimestre (en que se actualizó la matriz y los controles) y el otro el III trimestre donde no se identifica materialización de riesgos identificados. Se han realizado todos los controles definidos para el proceso en el III trimestre, no se ha materializado ningún riesgo lo que da cuenta de la eficacia de los controles y no ha sido necesario formular acciones de mejoramiento.

Subgerencia administrativa y financiera: Se capacito a todo el equipo del área financiera, sobre los temas de riesgos con el acompañamiento del profesional especialista encargado del tema, con el fin de que se pudieran identificar, valorar y hacerle seguimiento a los riesgos que pueden recaer en cada proceso.
seguimiento capacitacion en seguirdad, semanalmente el supervisor de seguridad les hace inducción sobre la manera de realizar las requisas, atención y trato de los usuarios.

3. Actividades de Control

Corresponde a acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos. Las actividades de control sirven como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos. El objetivo de este componente del MECI es controlar los riesgos identificados.

3.1 Políticas de operación y procedimientos:

Seguimiento a los planes de mejoramiento de la auditoría interna 2018 de los procesos II y III trimestre 2019, cuyo resultado fue: 95% y 91% respectivamente con el siguiente resultado.

Descripción	Porcentaje de ejecución del período	Porcentaje de ejecución global	Observaciones
Auditoria Interna Evaluación y Manejo Ambulatorio (2018)	97%	97%	No se han registrado en el plan de mejoramiento avances desde el último seguimiento. (La fecha de cumplimiento era 28/12/18)
Ambiente Físico y Tecnología auditoria interna (2018).	80%	80%	No se han registrado en el plan de mejoramiento avances desde el último seguimiento.
Hallazgos transversales de Ambiente Físico en auditoria interna año 2018.	90%	90%	De 8 hallazgos se encuentran 7 cerrados. El Hallazgo 7: "Se observan canecas de riesgo biológico de baños, sin pedal y sin tapas, presenta una ejecución del 20% y la fecha de cumplimiento era 31/12/18". No se han registrado avances desde el último seguimiento.

- ✓ Seguimiento a los planes de mejoramiento con acciones pendientes de la auditoría interna 2017 II Trimestre de 2019: Gestión de calidad y hospitalización y Egreso: Los dos (2) procesos comparten la responsabilidad de la ejecución de una acción de mejoramiento (Implementar la adopción de las Guía de Práctica Clínica, con el siguiente avance:

  La E.S.E Hospital Mental de Antioquia adoptó El Manual de Adopción e Implementación de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 498 del 22 de julio de 2019. Mediante la misma Resolución el Hospital adoptó las Guías de Práctica Clínica de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social:

- Guía Esquizofrenia Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia-2014. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias.

- Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección temprana y diagnóstico del episodio depresión y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente-2013. Ministerio de Salud y Protección Social- Colciencias.

- Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol-2013. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias.

- Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción)-2017. Ministerio de Salud y Protección Social- Instituto de Evaluación y Tecnología en Salud.

- Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (Demencia) (Adopción)-2017. Ministerio de Salud y Protección Social- Instituto de Evaluación y Tecnología en Salud.

- Conformación de los grupos de implementación de las Guías en la Resolución mencionada en el punto 1.

- Formulación y puesta en marcha del plan de implementación de la Esquizofrenia Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia-2014. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias.

- Seguimiento a las NO CONFORMIDADES identificadas en la auditoría externa de otorgamiento en la norma ISO 9001:2015 del ICONTEC.

No conformidades	Correcciones propuestas	Estado acción correctiva	Estado no conformidad
Se evidenció que la organización no mantiene de forma sistemática la	Una de las correcciones está pendiente (Revisar y actualizar el formato	Cerrada	Abierta

información documentada actualizada con los documentos externos e internos aplicables para apoyar la operación de sus procesos.	"Lista de verificación de contratos personas naturales GCO-FR-21 V1 2015-10-27 del proceso Gestión de Contratación.)		
No se evidenció que la organización evaluara de manera sistemática la eficacia de las acciones para abordar riesgos y oportunidades; y que las acciones tomadas fueran proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los servicios prestados.	Pendiente (Registrar las acciones que se deriven del análisis de los riesgos, su ejecución y seguimiento en el formato que se defina para esto.)	Pendiente (Capacitar en la metodología de administración del riesgo a los líderes de los procesos Revisar y ajustar el mapa de riesgos de cada proceso Gestionar, documentar y presentar informes de los riesgos de cada proceso Realizar seguimiento a la implementación de la metodología)	Abierta
No se han identificado los equipos de medición para determinar su estado y asegurar la trazabilidad de la calibración.	Cerradas	Cerradas	Cerrada
No se asegura que sé que se mantenga el ambiente necesario para la operación de sus procesos para lograr la conformidad de los servicios	Cerradas	Pendientes no se ha cumplido el tiempo acordado. (Verificaciones periódicas de la limpieza de las áreas, Definir y ejecutar un plan de intervención de infraestructura viable a partir de la autoevaluación de habilitación)	Abierta
No se evidenció que la organización analizara y evaluara los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la	Pendiente (Consolidar y analizar el resultado de las evaluaciones de los proveedores)	Pendientes no han cumplido el tiempo acordado) Revisar y Ajustar el Manual de supervisión, que incluya el procedimiento para la realización de la evaluación	Abierta

medición del desempeño de: -los proveedores externos.		de proveedores que a su vez incluya los procedimientos de supervisión específicos de los servicios críticos contratados. Sensibilizar a los supervisores de los contratos en el manual de supervisión y específicamente en el procedimiento evaluación de proveedores Consolidar y analizar la evaluación de los proveedores Revisar y ajustar el formato anexo al Manual de Contratación "Verificación de requisitos evaluación y calificación de la propuesta", que incluya la verificación del suministro de bienes o servicios anteriores al Hospital y el resultado de la evaluación del desempeño real. Divulgar la modificación del formato anexo al Manual de Contratación "Verificación de requisitos evaluación y calificación de la propuesta" al Comité de Contratación para su aplicación.	
No se asegura que se lleven a cabo las auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si sistema de gestión de la calidad es conforme con los	Pendiente no se ha cumplido el tiempo (Realizar la auditoría interna 2019 los procesos Gestión de Contratación y Gestión Financiera con base en los requisitos de la versión 2015 de la	Pendientes no se ha cumplido el tiempo acordado. Para asegurar que cuando se presentan cambios en el Plan de Desarrollo, en el modelo de prestación de servicios, en el portafolio de servicios o en la	Abierta

requisitos propios de la organización y los requisitos de la norma ISO 9001, versión 2015.	norma ISO 9001.)	infraestructura que afecte la prestación del servicio, los Directivos planean y controlan los cambios por medio de la aplicación del procedimiento Gestión del Cambio. Definir e implementar un mecanismo para que los líderes de los procesos planeen y controlen los cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad en cada uno de los procesos	
No se da cumplimiento al "Reglamento de la certificación ICONTEC de sistemas de gestión" ES-R-SG 001, versión 7, en cuanto a que la organización solo puede hacer publicidad del certificado después de su aprobación; asimismo, ordenada la cancelación del certificado, la organización no podrá hacer uso de éste.	Cerrada	Cerrada	Cerrada

- Revisión diaria de inconsistencias en la información de los RIPS generados en el sistema Xenco.
- Envío por correo electrónico de la matriz de información a los responsables mensualmente para recordar las fechas de vencimiento de los informes que deben ser presentados.
- Actualización mensual de los indicadores enviados por los líderes en el SIGC.

- Autoevalución frente al Sistema Único de Habilitación en Salud Resolución 2003 de 2014. El cumplimiento del Hospital Mental de Antioquia de las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación–SUH, de los servicios prestados en el Hospital Mental de Antioquia, de conformidad a lo establecido en la Resolución 2003 de 2014 es 93%. Se anexa el informe y los instrumentos de evaluación.

Servicio verificado	N° de criterios que cumple	N° de criterios que no cumple	Total criterios verificados	Porcentaje de cumplimiento
Consulta Externa Especialidades Médicas Psiquiatría	92	6	98	94%
Telemedicina Centro De Referencia	72	8	80	90%
Consulta Externa Psicología	75	5	80	94%
Consulta Externa Especialidades Médicas Toxicología	97	9	106	92%
Atención Ambulatoria Al Consumidor De Sustancias Psicoactivas	121	13	134	90%
Urgencias Baja Complejidad	133	8	141	94,3%
Farmacéutico Mediana Complejidad	129	3	132	98%
Toma De Muestras	101	2	103	98%
Internación Unidad Salud Mental	178	11	189	94,2%
Internación Hospitalaria E Internación Parcial Al Consumidor De Sustancias Psicoactivas	149	18	167	89%
Atención No Hospitalaria Al Consumidor De Sustancias Psicoactivas	131	11	142	92%

Total	1278	94	1372	93

- ✓ ***Jurídica:*** En el mes de octubre se adoptaron bajo resoluciones el Manual de supervisión e interventoría del Hospital Mental de Antioquia y la Política de Prevención del Daño Antijurídico.

3.2 Mapa de procesos:

La E.S.E HOMO cuenta con su Mapa de Procesos en el cual se identifican catorce (14) procesos, donde; cinco (5) son Misionales, dos (2) son Estratégicos, cinco (5), dos (2) transversales, No hay cambios respecto al último cuatrimestre.

3.3 Sistema de administración del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo-SARLAFT

En la Circular Externa 009 del 21 de abril de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, define el procedimiento para desarrollar y divulgar las políticas, y etapas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, el fin es prevenir que la E.S.E Homo sea utilizada para dar apariencia de legalidad a activos que provengan de actividades delictivas o que sea utilizada para ocultar la procedencia de recursos dirigidos a la realización de actividades terroristas.

Se ejecutaron las siguientes actividades

- ✓ 101 formatos de conocimiento del cliente interno diligenciados lo que corresponde a un 47,6%
- ✓ 184 formatos de conocimiento del cliente externo personas naturales de diligenciados.
- ✓ 10 formatos de conocimiento del cliente externo personas jurídicas.
- ✓ Una (1) Base de datos de clientes en la que se registran los datos de los formatos de conocimiento del cliente y la debida diligencia.
- ✓ Búsqueda en listas restrictivas:
  - Cliente externo personas naturales: 158 búsquedas de 184, lo que corresponde al 85%
  - Cliente externo personas jurídicas: 0 búsquedas.
  - Cliente interno: 101 búsquedas de 101 formularios, lo que corresponde al 100%.

- ✓ Revisión de base de datos de los pagos realizados al Hospital para identificar montos transacciones individuales ≥ $5.000.000 en un día y múltiples ≥ $25.000.000 en un mes, para dar cumplimiento a la política de efectivo.
- ✓ Reportes de operaciones sospechosas a la UIAF de los meses julio, agosto, septiembre de 2019.

3.3 Procesos disciplinarios: Durante el periodo analizado, no se registraron procesos disciplinarios en ejecución.

La oficina de Control Interno solicita a la oficina de Gestion humana y la Oficina Jurídica realizar las investigaciones claras, precisas y efectivas frente a las quejas de los funcionarios y abrir de forma eficaz las investigaciones disciplinarias de los asuntos solicitados por la oficina en los Comités de Control interno y a través de correos electrónicos.

3.4 Convenios y contratos:

Prestación de servicios: La entidad cuenta con diferentes contratos de prestación de servicios; entre los servicios contratados, se cuentan profesionales, técnicos y auxiliares en varias disciplinas y áreas, en su mayoría para desarrollar sus actividades en el proyecto ICBF

(Instituto Colombiano de Bienestar Familiar); destacando el contrato con Sintra Balboa en suministro de personal tercerizado, dichos contratos se suscribieron debido a que la entidad los requiere para la prestación adecuada, oportuna de los servicios en salud mental y a pesar que se tuvo un proceso de concurso de carrera administrativa, no se cuenta con el personal de planta suficiente o con capacidad para ejecutar las actividades contratadas. El establecimiento de las necesidades que justifican la suscripción de contratos de prestación de servicios de cada contrato, se encontraron en los estudios previos presentados durante la etapa precontractual.

Nombre – N° Contrato	Prestación de Servicios
Contratos de prestación de servicios) CPS N°	270, 271, 272, 273, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319,

	320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329.
Contratos de Obra CO N°	004
Contrato de suministros CABS N°	017, 018, 019, 0120, 021, 022

Contratos Interadministrativos: Para el desarrollo de los contratos interadministrativos que la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, ha suscrito con diferentes entidades estatales durante el tercer trimestre de 2019, se celebraron un total de cuatro contratos interadministrativos, los cuales tuvieron en cuenta las instrucciones establecidas por cada contratante en cuanto a las características del personal y servicios requeridos.

Lo anterior se evidenció en los estudios previos de cada contrato presentados durante la etapa precontractual. Se certifica que el 100% de los contratos suscritos cuentan con disponibilidad y registró presupuestal, supervisados por la dirección técnica de planeación.

No Contrato	Entidad contratante	Objeto	Fecha inicio	Fecha terminación
4600009295	Gobernación de Antioquia- Secretaría de Gobierno Departamental	Contrato Interadministrativo para dar sostenibilidad y seguimiento a los programas estratégicos trazados por la Secretaría de Gobierno para dar cumplimiento a la línea 5 "seguridad, justicia y derechos humanos" del plan de desarrollo "Antioquia Piensa en Grande", por	11/03/2019	17/12/2019

		medio de una intervención integral con énfasis psicosocial que promueva la educación, promoción y reconocimiento de los derechos en el departamento de Antioquia.		
4600009201	Gobernación de Antioquia-Secretaría de las Mujeres	Realizar la fase de consolidación del plan de desarrollo: "Mujeres Pensando en Grande", a través de un enfoque psicosocial que promueva la educación el fomento de la salud en sus áreas física, mental, emocional, social y económica, la prevención de la enfermedad el autocuidado, y garantice la atención integral de las mujeres para avanzar hacia el logro de la igualdad de género en el Departamento de Antioquia.	7/02/2019	11/09/2019
4600009358	Gobernación de Antioquia-Secretaría Seccional de	Realizar el fortalecimiento de las acciones de	23/04/2019	30/11/2019

	Salud de Antioquia Salud Mental	Promoción de la Salud y, Gestión del riesgo en las líneas de Convivencia, Política Pública y Conducta Suicida en los municipios del Departamento de Antioquia de acuerdo a los lineamientos nacionales.		
4600009795	Gobernación de Antioquia- Secretaría Seccional de Salud de Antioquia	Realizar apoyo técnico y operativo para la implementación del componente de atención psicosocial del Programa PAPSIVI y el fortalecimiento del talento humano en salud para la implementación del componente de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.	27/06/2019	06/12/2019

La Jefe de Control Interno resalta y también así lo hace en los Comité de Control Interno, la fortaleza que tiene el Hospital Mental de Antioquia al contar dentro de su SIGC con 14 procesos y que exista un proceso, el número once, especifico de **Evaluación y Control** contando con:

- Estatutos: Auditoria de Control Interno
- Formatos: programa de auditorías, plan de auditorías, listas de verificación, informes de auditorías, evaluación de auditorías, planes de mejoramiento, registro de las no conformidades, cálculo de muestras, planilla adherencia a guías, matriz de determinación de frecuencia unidades auditables, declaración de no conflicto de intereses del auditor, formato de auditoria interna, carta de representación, lista verificación prevención fuga y suicidio, listado de pacientes fuga- intento de suicidio, encuesta de retroalimentación de los informes.
- Guías: análisis de datos, control de producto no conforme.
- Indicadores de evaluación y control:
- Ficha técnica de indicadores: de conformidad, cumplimiento, madurez, retroalimentación
- Indicadores de evaluación y control:
- Instructivos: revisión por la dirección, monitorización historias clínicas, evaluación guías prevención
- Manuales: código de ética control interno, manual de mejoramiento continuo, manual de auditoria, manual de auditoria control interno
- Matriz de Gestión del Riesgo, evaluación y control.
- Normograma evaluación y control.
- Procedimientos: programación de auditorías, planeación especifica de auditorías, ejecución de auditorías, mejora continua.
- Caracterización, evaluación y control.
- Listado de documentos de evaluación.

El Gerente Dr. Elkin Cardona hace solicitud en los diferentes Comités, a los Jefes y Líderes tener especial atención con este módulo, y realizar los seguimientos necesarios para el buen funcionamiento de los procesos.

4. Información y Comunicación:

Este componente permite utilizar la información de manera adecuada, y comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos. Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos, dentro y en el entorno de cada entidad, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información

y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

4.1 Políticas de operación para administrar seguridad y reserva de la información

Se ejecutó actividades del plan estratégico de tecnologías de información PETI.

- ✓ **Seguridad:** Construcción del Manual de Seguridad de la Información para la Entidad.

- ✓ **Plataforma Computacional:** Se realizaron 168 actividades de mantenimiento en los equipos de cómputo y teléfonos digitales de la Entidad.

- ✓ **Privacidad y seguridad de la información:** Construcción de la política de seguridad y privacidad de la información.

- ✓ **Infraestructura:** Adquisición de un switch capa 3 para la contingencia y correcta disposición de red de la Entidad.

- ✓ **Sistema de información:** Se crea herramienta tipo script en base de datos automatizada, para extraer datos requeridos en informe del área de farmacia para proyecto de entrega de medicamentos a los pacientes a domicilio.

    - Se realiza modificación estructural a plantillas de psiquiatría, hospitalización y certificados médicos de psiquiatría.
    - Capacitación general y específica para todos los procesos de nómina - novedades, generación, pago electrónico, pago de parafiscales y PILA.
    - Megaplano Coomeva.

- ✓ **Análisis de brechas, o propuesta de ajuste.** Aún se encuentra en puesta a punto el software para la correcta recolección automática de datos de toda la plataforma tecnológica mediante la colección de datos automáticos, de los dispositivos conectados en red, aunque por ahora funciona para los equipos centrales de comunicaciones y servidores de la Entidad.

4.2 Canales de comunicación:

La E.S.E Hospital Mental de Antioquia, tiene estructurado un proceso cuyo objetivo es gestionar las comunicaciones tanto internas como externas, mediante la definición de lineamientos y el acompañamiento permanente a la Entidad, con el fin de informar de manera clara, oportuna y homogénea a los grupos de valor e interés.

Los lineamientos que se disponen en la política de operación del proceso de comunicación, son transversales a toda la entidad.

La comunicación interna responde a la necesidad de difundir y trasmitir información institucional al interior de la entidad, así como contar con servidores públicos informados de manera clara y oportuna sobre los objetivos, estrategias, planes, programas y la gestión de la entidad.

- ✓ **D*iversificación de clientes e ingresos (Plan de mercadeo)***

Cliente externo

El Hospital Mental de Antioquia logró presentar su marca y servicios en el evento Feria Cuidantes organizada por la universidad Uniminuto.

Eventos académicos:

- Diseño y ejecución en conjunto con la Facultad de Enfermería de la UdeA del Primer Congreso de atención al paciente con trastorno psiquiátrico, contando con más de 120 asistentes.
- Diseño y ejecución de conversatorio de Salud Mental el marco del Día Mundial de la Salud Mental, donde asistieron 40 personas.
- Se logró la captación de ingresos mediante la venta de 25 capacitaciones actuando como proveedor de servicios de prevención de riesgos en manejo de pacientes con trastornos psiquiátricos a través de ARL (Sura o Positiva), valor cup $7.540.000, personas impactadas más de 500.
- Incremento en el período de enero a septiembre de 57.20 % seguidores de la red social facebook y 45.7 % en la red twitter.
- Se analizó la satisfacción del cliente externo a través de la encuesta, la cual está siendo tabulada y analizada respectivamente.

Informes de ley presentados

- Informe semestral CNSC sobre provisión de empleos. Semestre I (ene-jun).
- Informe Trimestral CNSC sobre seguimiento Comisión de Personal. 3 Trimestres.
- Ley de cuotas. Septiembre.
- Informes de ejecución. 3 Trimestres.

Comunicación Interna:

Intranet	Fondo en escritorio computadores
Publicación de listado mensual de cumpleaños de funcionarios de la institución.	Diseño y publicación de 23 fondos de pantalla con información dirigida al público interno del hospital.

Actividades en las que la oficina de Comunicaciones apoyó	
Recorrido por servicios y áreas de trabajo con psicólogo de ARL hablando de Felicidad en el trabajo.	
Apoyo en la inducción institucional a funcionarios recientemente incorporados.	
	Celebración del día del servidor público realizado el 4 de julio.

Feria de servicios realizada el 5 de julio.	

Concurso El Homo se viste de feria de flores realizado el 1 de agosto.

Apoyo en la visita del Comité de ética nodo Antioquia, realizado el 29 de agosto.	
	Apoyo en la reunión de personal realizada el 30 de agosto.

Apoyo en la Semana del Control Interno realizada en septiembre.	
	Coordinación de capacitaciones externas realizadas mes a mes.
Apoyo en la visita de la red metropolitana de salud, líderes de la oficina de Atención al usuario, realizada el 25 de octubre.	

Comunicación Externa:

Gestión de redes sociales: 57 publicaciones en la red social Facebook.	**Comunicación - Gobierno Digital.**
Actualización página web: Apoyo y gestión para la publicación de los diferentes planes de la entidad.	

4.3 Comunicación grupos de valor:

- ✓ ***Gestión documental:***

Acciones que ejecuta el área de manera permanente y/o extraordinaria

- Planeación de reuniones periódicas del Comité de historias clínicas
- Administrar, organizar y controlar el archivo de gestión de historias clínicas y el archivo de gestión de historias laborales como también el de historias clínicas ocupacionales
- Orientar las actividades de organización documental y digitalización de expedientes, derivadas del contrato con Suministros y su Comunicación
- Participar en la elaboración del diagnóstico de gestión documental
- Capacitación en organización de documentos en su fase de archivos gestión de conformidad con las Tablas de Retención Documental a los funcionarios de Contabilidad, Control Interno, Orientación a los usuarios y Almacén Revisión y actualización de documentos del SGC
- En cumplimiento del Programa de Gestión Documental, se adelantaron las siguientes actividades:
- Radicar todas las comunicaciones oficiales producidas y generadas por los procesos internos de las diferentes dependencias y/o áreas del Hospital en desarrollo de sus funciones
- Distribución interna y externa de correspondencias (mensajería interna y externa)
- Consulta y préstamo de expedientes
- Proyección de certificados con diagnóstico clínico solicitados por los usuarios
- Impresión de historias clínicas solicitadas por los usuarios
- Atención de las diferentes solicitudes de los usuarios externos
- Fotocopiado de documentos
- Elaboración de inventarios de historias clínicas de la fase inactiva

- Escaneo de documentos de historias clínicas en la fase activa
- Recepción de las historias clínicas de los distintos servicios y/o documentos para incorporar o formar historias clínicas
- Proyectar todas las respuestas a las solicitudes escritas de historias clínicas
- Con el apoyo de un contratista, se adelantó la digitalización de historias laborales e historias clínicas ocupacionales de funcionarios nuevos, además, se realizó la actualización física y de la digitalización de las historias laborales de funcionarios activos e inactivos

Durante el periodo evaluado se realizaron 83 actividades planeadas en el PINAR (90%), se ejecutaron 49 (59%)

- Se radicaron 1032 comunicaciones externas recibidas radicadas
- Se hizo la mensajería de 313 solicitudes de distribución de mensajería externa
- Se realizó la distribución de 1119 envíos de comunicaciones oficiales, de las cuales 291 fue con el apoyo del contratista Servientrega
- Se atendieron 73 solicitudes de préstamo de documentos y/o expedientes
- Se prestaron 216 historias clínicas para TECAR
- Se han actualizado tanto física como digitalizadas, 109 historias laborales activas y 250 inactivas
- Se actualizaron 270 expedientes de historias clínicas
- Se realizó fotocopia de 33948 documentos
- Se recibieron 51 historias laborales de funcionarios activos
- Se recibieron 68 historias clínicas ocupacionales
- Se realizaron 334 proyecciones de certificados con diagnóstico clínico
- Se realizó la proyección de 195 respuestas a solicitudes de historias clínicas
- Se participó en la elaboración de la matriz de riesgos
- Se hizo la supervisión del contrato con Servientrega
- Se apoyó la supervisión del contrato con Suministros y Su Comunicación
- Se recibieron 2079 historias clínicas de los servicios
- Usuarios externos atendidos 2752

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	TOTAL PAGINAS	VERSIÓN	FECHA DE VIGENCIA	NOVEDAD
Instructivo uso básico software gestión documental	SI- IN-03	12	Primera	01 de octubre de 2013	NO SE MODIFICA
Instructivo Agenda medica	SI- IN-04	5	Primera	01 de octubre de 2013	NOS ES DE GESTIÓN DOCUMENTAL
Autorización eliminación documental	SI- FR-11	1	Primera	01 de sept 2010	SURGEN CAMBIOS (SE ADJUNTA NUEVO FORMATO)
Control retiro de carpetas y/o documentos del archivo	SI- FR-13	1	Tercera	15 de marzo 2012	NO SE UTILIZA (DEBE SALIR DEL SIS
Tabla retención documental	SI- FR-20	1	Primera	01 de sept 2010	SURGEN CAMBIOS (SE ADJUNTA NUEVO FORMATO)
Admisión y descripción de servicios	SI- FR-23	1	Primera	01 marzo de 2014	NOS ES DE GESTIÓN DOCUMENTAL
Solicitud de historias clínicas	SI- FR-24	1	Primera	04 de octubre de 2010	PENDIENTE POR REVISAR POR PARTE DEL DOCTOR PAULO

- ✓ ***PQRS:***

A continuación se presenta el comportamiento de las manifestaciones de usuarios recibidas.

Todas las manifestaciones se reciben a través de canales de comunicación y escucha de la institución (Buzones de sugerencia ubicados en las diferentes áreas y/o servicios, correo electrónico, página web y escucha activa en la oficina de Información y atención al usuario.

MANIFESTACIONES	Julio de 2019	Agosto de 2019	Septiembre de 2019	TOTAL
Quejas	5	3	3	11
Reclamos	25	27	23	75
Sugerencias	7	4	11	22
Felicitaciones	9	4	18	31
Solicitud información para acceder a cita.	26	25	33	84

Solicitud información de la Institución	2	10	10	22
TOTAL	74	73	98	245

Las manifestaciones recibidas se continúan gestionando a través del sistema SAIA de la institución, responsable de la gestión la líder de la oficina de Información y Atención al Usuario, contando con el apoyo de las auxiliares administrativas ubicadas en la misma oficina.

De las 245 manifestaciones recibidas en el tercer trimestre del 2019, el 34,3 % corresponden a solicitudes de información para acceder a citas, y el 30.6% a reclamos. También aumentaron las felicitaciones por el buen servicio y la atención del personal, representando un 12,7% de las manifestaciones.

5. Actividades de Monitoreo:

Busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.

Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

De esta forma, la evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua.

5.1 Autoevaluación institucional

- ✓ La entidad aplica diversas estrategias para promover el autocontrol en el desarrollo de sus actividades, tales como:
- ✓ Puntos de control explícitos, identificados en procedimientos documentados y codificados en el Sistema Integrado de Gestión.
- ✓ Controles para mitigar los riesgos de los procesos y de corrupción.
- ✓ Subcomités Integrados de Gestión, presididos por el líder del proceso, donde se analiza la gestión y verifica el cumplimiento de planes y programas en los cuales participa, fomentando la cultura del Autocontrol por medio de la evaluación de los controles internos asociados a los procesos.
- ✓ Adicionalmente, se presentó ante la Alta Dirección la propuesta para Fortalecer la Cultura del Autocontrol con los lineamientos del Control Interno, elaborada por la Oficina de Control Interno.
- ✓ Frente a la Implementación de las Dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y una vez presentados los Resultados de la vigencia 2018 del Formato Único de Reporte de avance en la Gestión – FURAG, se adelantaron visitas de asistencias técnicas a las diferentes dependencias, con el propósito de definir los planes de mejoramiento que resuelvan las necesidades y problemas, mediante la completa implementación y seguimiento de las diferentes políticas de operación de MIPG, esta función es realizada por profesional especialista encargado de implementar en la entidad MIPG y la oficina de Control Interno realiza constante verificación del cumplimiento de estas actividades.
- ✓ ***En el momento las oficinas de Planeación y Control Interno de la E.S.E, Hospital Mental de Antioquia, se preparan para el nuevo diligenciamiento de FURAG que según el Departamento Administrativo de la Función Pública se realizará antes del fin de periodo de las actuales administraciones de las entidades del Estado.***

5.2 *Evaluación independiente:*

La oficina de Control interno como área independiente de la entidad mantiene con el fin de valorar la efectividad del Control Interno de la Entidad, acciones permanentes de monitoreo y supervisión efectuadas, que permiten valorar la eficiencia, la eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; y finalmente los resultados de la gestión, para detectar las desviaciones frente a las metas planificadas, y generar las recomendaciones para las acciones de mejoramiento de la entidad.

- ✓ ***Auditorías internas:***

Frente a la ejecución del programa Anual de Auditoría, a 31 de Octubre del 2019 su cumplimiento fue:

	Proceso	Programado a 01/01/2019 Ejecución de actividades	Ejecutado a 31 de octubre
1.	Gestión Contratación	En etapa de ejecución	30%
2.	Gestión Financiera	Finalizado con la entrega del informe- espera de plan de mejoramiento por parte del área encargada	100%
3.	Gestión estratégica	En etapa de informe	80%
4.	Evaluación y manejo ambulatorio (Consulta Externa y Urgencias)	En etapa de ejecución	30%

La auditoria realizada al área financiera arrojo las siguientes conclusiones, observaciones y recomendaciones:

- Se observó que la consulta de qué tipo de informes se debe presentar a la Supersalud, son necesarios consultarlos al otro funcionario de la entidad, es muy riesgoso depender de otras áreas para saber que se debe reportar.

- Se observó que los funcionarios que se encontraban a diciembre 31 era un personal idóneo que tenía varios años de experiencia en el puesto y conocían las fechas de

presentación de cada uno de los informes, a la fecha de la auditoria ya no se encontraba 3 de los funcionarios laborando en el área de contabilidad y a los nuevos funcionarios, no se les dió la debida capacitación de sus labores.

- Se recomienda que el personal que se encuentra en el área de contabilidad sea capacitado para la oficina, que cada uno de los funcionarios tenga un par que ejecute las actividades en momento de la ausencia de alguno de ellos y no se vea afectada la prestación del servicio.

- No existe la matriz de riesgos del procedimiento de Contabilidad, se recomienda elaborar en compañía de calidad, así como se realizó con los procedimientos de Cartera, facturación, activos fijos y Glosas y devoluciones, con el fin de que el proceso de Gestión financiera tenga todos sus procedimientos con matriz de riesgos. Esta recomendación se realiza, ya que el hecho de la no presentación de estos informes en los tiempos estipulados, causaría una sanción de tipo monetaria que puede ser onerosa según sean los montos de impuesto a pagar, causando un detrimento patrimonial para la entidad, consagrado en la ley 610 del 2000 art 6, que conlleva a un proceso de responsabilidad fiscal.

- Según resolución 193 del 2016 de la contaduría general de la Nación "**PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE**" en el **1.2** Objetivos del control interno contable en su inciso **f)** Gestionar los riesgos del proceso contable a fin de promover la consecución de las características fundamentales de relevancia y representación fiel de la información como producto del proceso contable.
- Se recomienda realizar un análisis de las cargas laborales de los funcionarios asignados a la oficina de contabilidad para determinar la razón de la demora en los tiempos de respuesta de informes internos.

✓ ***Otras auditorías:***

- Auditoria express a nómina en estado de ejecucion.
- Auditoria express a pagina web con respuesta y mejoramiento de comunicaciones
- Auditoria express a cafeteria primer piso en ejecucion.

✓ ***Seguimiento planes de mejoramiento:***

	Proceso	Programado a 01/01/2019 Ejecución de actividades	Ejecutado a 31 de octubre	Observación
2.	Seguimiento plan de mejoramiento hospitalización 2018	Primera parte: Finalizado Segunda parte: Etapa de ejecución y verificación	100% 50% En etapa de ejecución-verificación segunda revisión	El informe se entregó a la subgerencia de prestación de servicios y el líder de hospitalización; sin embargo las acciones no se cerraron porque de parte de los responsables no fueron entregadas suficientes evidencias y al momento de realizar la verificación no había cumplimiento de las actividades, el cierre de las evidencias será el 30 de Noviembre del 2019
3.	Seguimiento plan de mejoramiento gestión documental 2018	En etapa de ejecución	45%	
4.	Seguimiento plan de mejoramiento orientación al usuario	En etapa de ejecución	45%	

5.3 Efectividad del Control Interno:

- ✓ ***Seguimiento y elaboración informes de ley:***

En el mes de Julio:

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno
1993 ley 87 - 2011 ley 1474 Seguimiento a la implementación de la política cero papel 2012 Directiva presidencia 04 - Seguimiento a la implementación manual gobierno en línea 2017 Dto. 2573 que rige a partir del 1 enero de 2015 y deroga al decreto 2693 de 2012 - decreto 1151 de 2008 - ley 962 de 2005

Informe de austeridad en el gasto
1998 Dto. 26, 1737,1738, 2209 MHCP - 1999 Dto. 2445 y 2465 MHCP - Directiva presiden No 10-2002 y 06 de 2014 - 2001 Dto. 1094 y 2672 MHCP - 2011 Dto. 2785 MHCP - 2012 Directiva presidencial 04 - 2012 Dto. 984

Seguimiento a la Oficina de quejas y reclamos -PQRS
Ley 1474 de 2011 art 76 - - 2011 circular conjunta 5 DAFP

En el mes de agosto:

Sistema de información y gestión del empleo - SIGEP Decreto 2842 de 2010 - 2011 circular conjunta 5 DAFP

En el mes de septiembre:

Seguimiento y Control Plan anticorrupción y atención ciudadana
Ley 1474 de 2011 art 73 - ley 1499 de 2017

En el mes de octubre:

Informe de austeridad en el gasto
1998 Dto. 26, 1737,1738, 2209 MHCP - 1999 Dto. 2445 y 2465 MHCP - Directiva presiden No 10-2002 y 06 de 2014 - 2001 Dto. 1094 y 2672 MHCP - 2011 Dto. 2785 MHCP - 2012 Directiva presidencial 04 - 2012 Dto. 984

- ✓ ***Otras actividades para la efectividad del Control Interno Institucional:***

En el Hospital Mental de Antioquia la Oficina de Control Interno tiene claro su rol de Liderazgo estratégico y por eso realiza actividades como apoyo a los diferentes procesos, tales como interiorización en el personal de los valores del Código de Integridad a través de capacitaciones y actividades que vayan en vía con el buen desempeño como funcionarios públicos y con el buen trato a los usuarios.

Desde la Oficina se ha implementado el programa **MEJOREMOS POR EL USUARIO,** cuyo objetivo es realizar invitación a los funcionarios del área de hospitalización y otros servicios para la buena atención a los usuarios, el programa consiste en invitar a la Oficina a dialogar con la Jefe a aquellos funcionarios de quienes se ha recibido alguna queja tanto de usuarios internos como externos.

La Jefe de la Oficina envía a los líderes de los procesos vía watt ap, saia, y correos institucionales haciendo recordación para la presentación de informes o cumplimiento de actividades de ley u otros.

La Jefe de la Oficina Control Interno realiza reuniones con grupos de funcionarios según servicios para capacitar y hablar de posibles desviaciones detectadas en sus seguimientos tales como

- Reunión grupo psiquiatras 2 reuniones
- Reunión grupo Jefe de enfermería
- Reunión grupo Farmacia 2 reuniones
- Reunión grupo servicios generales
- Reunión grupo Vigilancia

- ✓ ***Semana de Control Interno:***

Se organizó y celebró la Semana de Control Interno los días del 2 al 6 de septiembre donde en alianza con la Gerencia, la Oficina de Gestión Humana, y Comunicaciones se organiza al personal por grupos incluyendo al personal Directivo, para asistir durante una jornada a capacitaciones en temas de la importancia de la Actitud para el Autocontrol, interiorización de los valores del Código de Integridad, humanización, y así mismo realizar actividades como reuniones por servicios para hablar de quejas de los usuarios internos y externos, feria de servicios, pausas activas para funcionarios y usuarios y actividades donde se involucra la asociación de usuarios, el voluntariado y usuarios en general.

Además de esto durante esta semana se realizó la campaña para elegir el compañero más buena onda de cada una de las áreas, se hizo a través de un buzón y cada uno de los funcionarios escogía el compañero que tuviera mejor actitud tanto con los usuarios como con los compañeros.

Semana de Control Interno- Capacitaciones y reconocimiento compañero buena onda.

- ✓ ***Programa Cultura HOMO:***

La Oficina de Control Interno lidera con la Oficina de Atención al usuario el regreso de este programa que fue líder hace unos años desde el 2012 en la Entidad y con el apoyo de todos los directivos y de un Comité llamado Cultura Homo se incentivaba el amor por el

Hospital, capacitaciones en temas neurálgicos, participación de los empleados en comités y actividades hospitalarias, y se propendía por la felicidad en la labor desarrollada.

Se realizó invitación a todos los jefes y líderes de procesos para reunión donde se explicó que era cultura homo y se decidió reactivar el comité cultura Homo, siendo los primeros compromisos, contar a los funcionarios en la semana de inducción y re inducción que es cultura homo, asignación de recursos para su funcionamiento, asignación de tiempo para los funcionarios que integran el comité.

Conclusiones y Recomendaciones de la Oficina de Control Interno

1. EL Comité Institucional de Control Interno debe seguir evaluando y realizando seguimiento del desempeño del Control Interno en la Entidad.

2. Desde la Alta Dirección se deben dejar claro los niveles de responsabilidad y Autoridad en cada una de las áreas, por ejemplo, la Oficina de Gestión Humana debe asumir el 100 por ciento del manejo del personal de la Entidad y se debe retirar este manejo de la Oficina de la Subgerencia de Prestación de Servicios, sin que pierda esta última su función de jefe y supervisión.

3. Los Riesgos en la Entidad deben ser trabajados con el 100 por ciento de los funcionarios que intervienen en los procesos y no solo ser construidos por los Jefes. Así mismo debe ser socializado el tema con el 100 por ciento de personas que trabajan en el Hospital.

4. La estructura Organizacional del Hospital debe ser revisada y actualizada.

5. Desde la Oficina de Gestión Humana y los supervisores de los contratistas deben trabajar en el tema de inducción y reinduccion. Se observan personas que son reubicadas de puesto laboral y que manifiestan no estar preparadas para asumirlo.

6. Cada Jefe de área debe tener el compromiso de evaluar y monitorear la evaluación de los controles y gestión del riesgo apoyando a la Gerencia, para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos y evitar que se afecte el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales.

7. Se recomienda que la primera y segunda línea de defensa monitoreen de forma permanente los riesgos identificados en sus procesos para que de esta manera tengan control de los mismos, y eviten su materialización.

8. Se debe interiorizar la cultura de mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control todos los días, por lo tanto, se deben establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes e idóneas, con suficiente autoridad, efectúen estas actividades con diligencia, de manera

oportuna y en tiempo real para evitar o mitigar la materialización de los riesgos, ejemplo en el área de Hospitalización.

9. Preparar la Gestión Estratégica del Talento Humano GETH, que asegure la selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de vida laboral, para que se conviertan en herramientas adecuadas para el ejercicio de las funciones y responsabilidades y en condición mínima para facilitar el autocontrol por parte de cada servidor. Se debe realizar una estrategia donde a las personas que prestan servicios a través de contratación directa o por Sintrabalboa, también les hagan procedimientos de inducción pertinente, ya que por tratarse de una gran cantidad de personas que trabajan a través de esta modalidad también se podría afectar la prestación de servicios. Es importante capacitar insistentemente en temas de humanización y buen trato al usuario. Es recomendable rescatar la cultura Homo.

10. De parte de la línea de comunicaciones, se debe dar un compromiso clave para comunicarse con los grupos de valor en forma periódica para poder desarrollar un adecuado y efectivo componente de información dentro del Sistema de Control Interno.

11. Diseñar un programa de bienestar social que mejore la calidad de vida laboral y la protección hacia los funcionarios.

12. Continuar generando mecanismos que permitan fortalecer el proceso de sistema de información en la entidad y garantizar el procesamiento, custodia y control de la información.

13. Se debe continuar desde la Gerencia y el Comité Institucional de Control Interno, con la evaluación y dar líneas claras sobre administración, supervisión, y control de los riesgos, dando cumplimiento a la política de administración del riesgo con base a lo establecido en los mapas de riesgos.

14. Se debe continuar con las directrices impartidas desde Gerencia con las buenas prácticas en la Entidad, tales como realización de auditorías de Gestión y Calidad, monitorear los riesgos inherentes a cada proceso y establecer planes de mejora si es el caso, y mantener una comunicación fluida con agentes internos y externos.

15. Con el apoyo de la Alta Dirección y a través de los integrantes del Comité de gestión y Desempeño, que lideran el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se viene desarrollando el Control Interno conforme a lo establecido en MIPG evidenciándose compromiso de las tres líneas de defensa, lo que concuerda con la calificación Furag con

base en el desarrollo de las siete dimensiones , pero es importante que se continúe aunando esfuerzos para que todos los integrantes de cada proceso , se integren al cumplimiento de los objetivos institucionales en cumplimiento a lo establecido en MIPG Y que cada líder imparta directrices para desarrollar lo no alcanzado en la calificación y realizar los Planes de Mejoramiento.

16. Debido a la actual crisis financiera que atraviesa la entidad se debe prestar especial atención al Plan de Mejoramiento de saneamiento fiscal y a realizar actividades presupuestales que tiendan a la disminución del gasto público, así como implementar estrategias para contratación de nuevos servicios y con nuevos usuarios.

17. Se recomienda iniciar acciones efectivas para los componentes y categorías con puntuaciones inferiores al 80% arrojado en cada uno de los autodiagnósticos, una vez consolidado este, con el fin de cerrar las brechas que impiden el cumplimiento de requisitos mínimos para la implementación efectiva del MIPG y así generar estrategias para dar cumplimiento de los requisitos establecido en las Políticas de cada una de las Dimensiones del MIPG.

18. Continuar con el seguimiento, monitoreo y actualización del Mapas de Riesgos, de conformidad con lo establecido la "Guía Para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles”

19. Actualizar permanentemente la información publicada en la página web, en cumplimiento con lo establecido en la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Nacional.

20. Propender por que las auditorías, evaluaciones y seguimientos se constituyan en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno - SCI y genere alertas frente a potenciales riesgos.

21. Se recomienda a la alta Dirección generar más esfuerzos en capacitaciones y actividades que ayuden a interiorizar temas como Humanización y Buen trato en los funcionarios que tienen que ver con la atención de los usuarios, en especial en taquillas y en el servicio de Hospitalización, para lograr disminución en las quejas presentadas a la Entidad, y lograr más entidades que quieran contratar los servicios.

Se debe disminuir el riesgo reputacional que podría afectar la Entidad y generar posibles sanciones.

Así mismo se solicita a la Oficina de Gestión Humana agilidad en la apertura de procesos disciplinarios que permitan dar cuentas claras de posibles situaciones que se podrían estar presentando que afecten a los usuarios de la ESE Hospital Mental de Antioquia.

22. Se recomienda a la alta dirección y al área jurídica adelantar las acciones pertinentes para la culminación de la construcción de la nueva fase del Hospital Mental de Antioquia.

23. Se recomienda a todas las áreas de la entidad enviar a la oficina de Control Interno, información completa y oportuna para la mejor realización de informes, en especial el área asistencial.

MARGARITA MARÍA MONCADA ZAPATA
Jefe Asesora de Control Interno

Proyectado por:
Estefanía Mosquera Montoya. Profesional Especialista – Auditora.