



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
— María Upegui —  
HOMO



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA  
— María Upegui —  
HOMO



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia



***“Integridad y Compromiso”***

***Oficina de Control Interno  
Informe de Auditoria  
Gestión Estratégica***

***Febrero 23 del 2023***



Calle 38 No 55-310 Bello-Colombia - Teléfono: (604) 4448330 Fax: (604) 4527479  
Línea de atención 018000 417474. Nit: 890.905.166-8. [www.homo.gov.co](http://www.homo.gov.co)

Código: CTR-FR-06

Versión: primera

Fecha: 03/03/2022

## 1. INTRODUCCIÓN

La oficina de Control Interno en desarrollo del Programa Anual de Auditorías aprobado para la vigencia 2023 por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la ESE HOMO, programó efectuar la auditoría interna al proceso de Gestión Estratégica, para la vigencia 2022 y 2023, labor que se adelantó en el marco de sus funciones como mecanismo de apoyo al cumplimiento de los objetivos de control establecidos en la ley 87 de 1993.

La auditoría estuvo orientada a identificar oportunidades de mejora para el Sistema de Control Interno Institucional en los procesos relacionados, a través del análisis de su objetivo, actividades y documentos anexos.

Para el desarrollo de esta, se tuvo en cuenta como marco normativo, las funciones encomendadas por la ley 87 de 1993, que define el Control Interno como un sistema integrado por el esquema de la organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas Constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.

## 2. OBJETIVO GENERAL.

- Se evaluó el proceso de Gestión Estratégica, haciendo el análisis de la Política de Planeación Institucional, Política de Transparencia y acceso a la información pública, Política de Administración del Riesgo y sus actividades, las cuales se encuentran inmersas en el proceso evaluado.

## 3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Se verificó el cumplimiento de la publicación de los planes institucionales en la página web de la institución.
- Se analizó la formulación del Plan Operativo Anual.
- Se verificó el seguimiento que se está realizando a los indicadores establecidos en el SIGC.



- Se verificó el avance en el PAAC al 31 de enero de 2023.
- Se verificó el análisis realizado a los riesgos de los procesos.

#### 4. ALCANCE.

Esta auditoría tuvo como propósito realizar un seguimiento a la gestión administrativa del proceso de Gestión Estratégica, para la vigencia 2022 y 2023, sin perjuicio de ampliar el alcance a períodos anteriores y otras áreas o dependencias de acuerdo a las circunstancias.

#### 5. MARCO LEGAL.

- Políticas, riesgos, indicadores, puntos de control y demás criterios del proceso.
- Normograma establecido en el SIGC.
- MIPG
- Norma ISO 9001 - 2015

#### 6. METODOLOGÍA:

Para el desarrollo de la presente auditoría se utilizarán la verificación y análisis de documentos a través de pruebas selectivas, además se utilizaron las siguientes Técnicas:

- **Observación:** Es una manera de inspección, se verificó la información soporte de las operaciones y la información dispuesta en los aplicativos para tal fin.
- **Indagación:** Se obtuvo información verbal mediante averiguación con los responsables de la información en el área encargada de operar el proceso.
- **Documental:** Se revisaron los procedimientos establecidos en el SIGC.
- **Muestreo:** Se seleccionó una muestra representativa de la población, es decir, que represente lo más fielmente posible a la población a la que se pretende evaluar.

## 7. DESARROLLO DEL INFORME.

En primer lugar vale la pena dejar sentado que el proceso de Gestión Estratégica se encuentra documentado en el SIGC y está sustentado en las siguientes Políticas:

- Planeación institucional
- Transparencia y acceso a la información pública PAAC
- Administración del riesgo

La E.S.E., Hospital Mental de Antioquia cuenta con un plan de desarrollo para la vigencia 2021-2024 el cual cuenta con tres líneas estratégicas, las cuales son:

**1. Desarrollo e innovación de la Atención en Salud Mental:** Se pretende prestar servicios en salud mental centrada en el usuario, la familia y la red de apoyo, mejorando la relación con los ciudadanos y ofreciendo nuevos servicios.

**2. Crecimiento y sostenibilidad financiera:** La E.S.E. Hospital mental de Antioquia busca alcanzar el equilibrio financiero que permita continuar con prestación de servicios integrales en salud mental a través de la ejecución del programa de saneamiento fiscal y financiero y de la gestión de recursos que permitan nuevas inversiones.

**3. Proyección y estrategia organizacional:** En esta línea se aborda el fortalecimiento institucional a través de intervenciones dirigidas al mejoramiento continuo, de la calidad del servicio, del clima organizacional y la comunicación estratégica institucional.

Este plan de desarrollo, se encuentra publicado en la página de la institución y puede ser consultado en el siguiente link:

<https://homo.gov.co/sites/default/files/archivos/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20DOCUMENTO.pdf>



## Política de Planeación institucional

Para los fines de esta auditoría, se realiza entrevista con los encargados del proceso donde se da cuenta de la siguiente información:

A la fecha se encuentra diseñado, aprobado y publicado el POA y POAI vigencia 2023, este puede ser visualizado en la página web de la institución en el siguiente enlace:

<https://homo.gov.co/sites/default/files/adjuntos/Acuerdo%20No.%2011%20POA%20Y%20POIA%202023.pdf>

La institución cuenta con diecisiete (17) planes institucionales, los cuales están publicados en la página web de la institución y pueden ser consultados en los siguientes hipervínculos:

[Plan de Comunicaciones](#)

[Plan a la política de Participación Ciudadana en Salud](#)

[Plan Institucional de Archivo - PINAR](#)

[Plan estratégico de Talento Humano](#)

[Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST](#)

[Plan de Incentivos](#)

[Plan de Capacitación](#)

[Plan de previsión del Recurso Humano](#)

[Plan anual de Vacantes](#)

[PGIRASA](#)

[Plan de Mantenimiento a la Infraestructura](#)

[Plan de Equipos Biomédicos](#)



## [Plan de Tratamiento de Riesgo de Seguridad y Privacidad de la Información](#)

## [Plan de Seguridad y Privacidad de la Información](#)

## [PETI](#)

## [Pla de Adquisiciones](#)

## [Plan Institucional PAAC](#)

El Decreto 612 de 2018, por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado, establece en su artículo "[2.2.22.3.14](#), lo referente a la Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción, determinando lo siguiente: “Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo [74](#) de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año (Subrayas fuera de texto original)

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
2. Plan Anual de Adquisiciones
3. Plan Anual de Vacantes
4. Plan de Previsión de Recursos Humanos
5. Plan Estratégico de Talento Humano
6. Plan Institucional de Capacitación
7. Plan de Incentivos Institucionales
8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI
11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información



## 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información”

El equipo auditor, el día 31 de enero verifica que la entidad dio cumplimiento a los plazos establecidos en la norma

La normatividad igualmente indica que deben ser publicados 12 planes, los cuales se observa se encuentran presentes en la página web.

Adicionalmente se deja la anotación que se encuentra en página publicados cinco (5) planes adicionales a los obligatorios por Ley, los cuales son:

Plan de Comunicaciones

Plan a la política de Participación Ciudadana en Salud

PGIRASA

Plan de Mantenimiento a la Infraestructura

Plan de Equipos Biomédicos.

El auditado informa que los planes adicionales publicados, se tienen con miras a realizar mediciones con fines de habilitación y acreditación.

### **Política de Transparencia y acceso a la información pública PAAC**

El auditado respecto al avance que ha tenido el PAAC en la vigencia 2023 informa que la obligatoriedad para corte de enero de 2023 era la planeación y publicación en la página web de la entidad, y que a partir de febrero del mismo año se inicia con la ejecución y seguimiento, por lo que a la fecha de la auditoria no hay avance en el PAAC.

Sin embargo, se observa que el publicado en página presenta actividades pendientes de realizar en el mes de enero de 2023, las cuales son:

- Identificación y clasificación de ciudadanos, grupos de interés o grupos de valor
- Establecer mecanismos de comunicación directa entre las áreas de atención al ciudadano y la alta dirección para facilitar la toma de decisiones y el desarrollo de incentivos de mejoras

- Elaboración de informe PQRSF
- Aplicación de la encuesta medición satisfacción del usuario.

Teniendo en cuenta lo anterior, según lo reflejado en página web, y respecto a lo que informa el auditado, se tiene que se presenta incongruencia en la información.

### Política de Administración del riesgo

Respecto a la solicitud de información de si se ha venido revisando, identificando, actualizando y haciendo seguimiento a los riesgos de los procesos, se indica por parte del auditado que el 100% de los planes cuentan con seguimiento y se encuentra registrado en el SIGC, cada líder tiene a su cargo la obligación de actualizar la matriz de riesgos de los procesos de su dependencia, y planeación cumple una función de acompañamiento a los líderes de los procesos.

Igualmente informa el auditado que la matriz de riesgos de los procesos, se encuentra actualizada al 30/12/2022.

Por parte del equipo auditor se revisa de forma aleatoria la matriz de riesgo para la vigencia 2022 de los siguientes procesos:

**Gestión Financiera:** Se observa seguimiento realizado en los cuatro (4) trimestres del año. Para el primero trimestre que comprende del 01 de enero al 30 de marzo, el seguimiento es realizado el día 30 de marzo, para el segundo trimestre que comprende del 01 de abril al 30 de junio, el seguimiento es realizado el día 30 de junio. Para el tercer trimestre que comprende del 01 de julio al 30 de septiembre, el seguimiento es realizado el día 30 de septiembre. Para el cuarto trimestre que comprende del 01 de octubre al 30 de diciembre, el seguimiento es realizado el día 30 de diciembre.

No se observa reporte de riesgos materializados en ninguno de los trimestres.

**Gestión Estratégica:** Se observa seguimiento realizado en los cuatro (4) trimestres del año. Para el primero trimestre que comprende del 01 de enero al 30 de marzo, el seguimiento es realizado el día 31 de marzo, para el segundo trimestre que comprende del 01 de abril al 30 de junio, el seguimiento es realizado el día 30 de junio. Para el tercer trimestre que comprende del 01 de julio al 30 de septiembre, el seguimiento es realizado el día 30 de septiembre. Para el cuarto trimestre que comprende del 01 de



octubre al 30 de diciembre, el seguimiento es realizado el día 30 de diciembre.

No se observa reporte de riesgos materializados en ninguno de los trimestres, respecto a estas dos dependencias.

Una vez revisada la información compartida por el auditado respecto a los riesgos materializados en la vigencia 2022, se encuentra que se materializaron 61 riesgos, los cuales se encuentra discriminados de la siguiente manera:

CORRUPCIÓN	3
CUMPLIMIENTO	7
ESTRATÉGICO	2
IMÁGEN, CUMPLIMIENTO	1
OPERATIVO	44
OPERATIVO, CUMPLIMIENTO	1
OPERATIVO, FINANCIERO	1
OPERATIVO, IMÁGEN	1
TECNOLOGÍA, IMÁGEN	1
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>

El auditado informa que para el mes de febrero del año 2023, se han materializado cinco (5) riesgos. Se analiza la información y se observa que los riesgos fueron reportados por la dependencia del Centro de Investigaciones y los tipos de riesgo fueron de corrupción y operativo.

Finalmente se indica por parte del auditado, que se está en proceso de actualización con miras a dar aplicación a la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP Versión 5”

## 8. CONSIDERACIONES FINALES

OBSERVACIONES	CAUSA	EFECTO
<p>1. Las políticas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparencia y acceso a la información pública PAAC</li> <li>• Planeación institucional</li> <li>• Administración del riesgo</li> </ul> <p>No cuentan con reglamentación, tampoco establecen la forma en cómo se van a llevar a cabo las actividades a ejecutar de cada política.</p>	Falta de reglamentación por parte de la Institución.	Posible incumplimiento a los objetivos institucionales.
<p>2. En el SIGC, no se evidencia el registro del avance del indicador de Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2022.</p>	No diligenciamiento de los indicadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de decisiones erradas.</li> <li>• Imposibilidad de medir la eficiencia y la eficacia de las metas establecidas.</li> </ul>
<p>3. No se evidencia seguimiento al POAI para la vigencia 2022.</p>	No realización de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imposibilidad de medir la eficiencia de cada una de las metas establecidas en el POA.</li> </ul>

<p>4. Planeación no cuenta con evidencias de los soportes de las acciones correctivas para los riesgos materializados.</p>	<p>No se cuenta con los soportes de las acciones correctivas de los riesgos materializados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aseguramiento de los controles y procesos de gestión del riesgo según la línea de defensa 2.</li> </ul>
--	---	---

### RECOMENDACIONES:

- Crear una carpeta de acceso compartido para la Gestión del riesgo 2023, en el SIGC, con el fin de que cada líder del proceso relacione el seguimiento de los riesgos materializados de las dependencias que coordinan.
- Fomentar el uso del formato de los cinco (5) por qué, a través del cual se detalla la materialización del riesgo.
- Realizar el seguimiento respectivo al POA y al POAI vigencia 2023, de forma detallada y clara con miras a que pueda ser de entendimiento común y que de muestra del cumplimiento al momento del seguimiento.

### CONCLUSIONES

Se observa que se presenta una incongruencia en la información plasmada en el POA vigencia 2022, teniendo en cuenta que una vez revisado el mismo, con respecto a los porcentajes de cumplimiento de los proyectos, los cuales cuentan con unas actividades, se evidencia que pese a que algunas actividades no se ejecutan, o se realizan de forma parcial, al momento de totalizar el cumplimiento del proyecto, no se está generando incumplimiento. Lo anterior se da toda vez que, los proyectos no están parametrizados en relación con las actividades a ejecutar, se tienen proyectos con cumplimiento del 100% cuando sus actividades no se han ejecutado en su totalidad.

No fue posible realizar la medición cuantitativa de los proyectos, toda vez que no se cuenta con un POAI donde se detalle la ejecución de los proyectos en cifras.

Generación de los informes con porcentajes inexactos, ya que se evidencian porcentajes de cumplimiento de actividades superiores al 100% e inferiores al 0% estos datos pueden acarrear toma de decisiones erradas.

No se evidencia seguimiento al plan de desarrollo institucional en la página web de la institución para el segundo semestre del año 2022

No se evidencia seguimiento al POA en la página web de la institución del cuarto trimestre 2022

Así las cosas, una vez identificadas las falencias que se están presentando y que fueron anteriormente detalladas, adelantar acciones de mejoramiento con miras a subsanar las debilidades que se presentan, para dar cumplimiento a cabalidad a los procedimientos auditados.

La oficina de Control interno establece un plazo Máximo de 10 días para la entrega del plan de Mejoramiento.

Atentamente,



**Juan Guillermo Henao Gómez**  
**Jefe Asesor Control Interno**



**Claudia Milena Guarín García**  
**Abogada - contratista**



**Luis Felipe Múnera Rúa**  
**Contador - contratista**