

NIT 891.412.134-1

INFORME PORMEN	ORIZADO DEL ESTADO DEL CON 2011	TROL INTERNO - LEY 1474 DE
Asesora de Control	YANETH PERDOMO CATAÑO	Período evaluado: Noviembre de 2017 a Marzo de 2018
Interno		Fecha de elaboración: marzo 9 de 2018

Módulo Control de Planeación y Gestión

Dentro de este Módulo, se encuentran los componentes y elementos que permiten asegurar de una manera razonable, que la planeación y ejecución en la E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda, tiene los controles necesarios para su realización.

1. Componente Desarrollo del Talento Humano

1.1. Acuerdos, compromisos o protocolos éticos

La empresa cuenta con el código de ética y buen gobierno el cual fue actualizado mediante Resolución No. 304 de septiembre 8 de 2014; y fue elaborado con la participación activa de los funcionarios de la empresa, acogiendo los lineamientos de la Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia de talento Humano para el sector salud, el código de ética enmarca el actuar de los funcionarios y contratistas que hacen parte de la entidad.

Se cuenta con las evidencias de la socialización de los principios y valores.

Es necesario que la empresa realice la actualización del código de ética bajo los lineamientos del Decreto 1499 de 2017, apoyados en el Código de Integridad definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, el cual establece dentro de los objetivos del Modelo de Integrado de Planeación y Gestión el fortalecimiento del liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas.

1.1.1 Desarrollo del Talento Humano

La entidad cuenta con el Manual de Funciones y Competencias laborales, actualizado mediante el acuerdo No 03 del 16 de junio de 2015, en cumplimiento de lo establecido en





NIT 891.412.134-1

el Decreto 2484 del 2 de diciembre del 2014 del Departamento Administrativo de la Función Pública en el cual se determinan las disciplinas académicas de los empleos que exigen como requisito el título de aprobación de estudios en educación superior, de acuerdo a los Núcleos Básicos del Conocimiento NBC, de conformidad con la clasificación establecida en el sistema Nacional de Información de la educación Superior SNIES, el cual se encuentra vigente.

Durante la vigencia 2017, se contó con el Plan Institucional de Formación y Capacitación, Programa de Inducción y re-inducción, Programa de Bienestar Social, Plan de Incentivos, Acuerdos de Gestión, y Mecanismos de evaluación del desempeño acorde a la normatividad que aplica a la entidad.

1.1.2 Plan Institucional de Formación y Capacitación

En el Plan de capacitación aprobado para la vigencia 2017, se identificaron 21 necesidades de capacitación, observando que en el mismo se incluyeron 5 actividades correspondientes a la ejecución del programa de Seguridad y Salud en el trabajo, así mismo se incluyeron actividades de reinducción a los funcionarios.

Al 31 de diciembre de 2017 según análisis de los documentos soportes se evidenció un cumplimiento del 73% del Plan de Capacitaciones, que corresponden a 16 actividades, que beneficiaron en su orden a los procesos asistenciales, Direccionamiento estratégico, reinducciones a todos los procesos, gerencia de la información y urgencias principalmente.

Se proyectaron recursos por valor de \$20.600.000,oo, de los cuales solo se ejecutó la suma de \$2.636.000,oo equivalente al 12.80% del presupuesto.

No se evidenció la medición del Plan de Capacitación a través de indicadores para cada una de las actividades, considerando los diferentes niveles a fin de evaluar el impacto en los funcionarios.

Es preciso señalar que la empresa para la vigencia 2018, debe dar cumplimiento a la resolución No 390 del 30 de mayo de 2017, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, y la escuela Superior de Administración Pública ESAP. Mediante la cual se actualizaron los lineamientos del Plan Nacional de Formación y Capacitación, y se define un nuevo modelo para gestionar el desarrollo de las capacidades de los servidores públicos, a través de las competencias laborales las cuales permitirán identificar las necesidades de capacitación, entrenamiento y formación de los funcionarios



NIT 891.412.134-1

1.1.3 Programa de Inducción y re-inducción

El programa de inducción, se realiza a todos los funcionarios de planta al momento de ingreso a la entidad, las reinducciones cada que se presentan cambios en la plataforma estratégica de la empresa, igualmente se realizan reinducciones dirigidas al nivel asistencial relacionadas con el manejo de pacientes.

1.1.4 Programa de Bienestar Social

El Programa de Bienestar Social presentó una ejecución presupuestal con corte al 31 de diciembre del 90%, evidenciando la ejecución de las actividades aprobadas por el comité de Bienestar Social de la empresa, como recreación, auxilios educativos, conmemoraciones, entre otras.

Para la vigencia 2018, se elaboró el Programa Anual de Bienestar Social, el cual se encuentra publicado en la página web de la empresa.

1.1.5. Acuerdos de Gestión

Los Acuerdos de Gestión de las subdirecciones Administrativa y Científica fueron suscritos entre el Representante Legal y los dos Directivos, para la vigencia 2017, cabe resaltar que los acuerdos se realizan tomando como base el Plan estratégico y Plan de Acción de la E.S.E., vigente.

De acuerdo con lo establecido en el numeral 3° del artículo 50 de la Ley 909 de 2004 los Acuerdos de Gestión suscritos con los dos subdirectores de la E.S.E., deben ser evaluados por el superior jerárquico en el término máximo de tres (3) meses después de finalizar la vigencia, esto es al 31 de marzo de 2018.

1.2 Componente de Direccionamiento Estratégico:

1.2.1 Planes Programas y Proyectos

1.2.1.1 Plan de Desarrollo Institucional

La Ejecución porcentual promedio del Plan de Desarrollo Institucional de la E.S.E., fue del 90% para la vigencia 2017, que se resume en la siguiente matriz.



NIT 891.412.134-1

EJECUCIÓN PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2017

Objetivos	Indicadores	Unidad Medida	META	Porcentaje Cumplimiento 2017
Prestar servicios de salud mental con enfoque de respeto por los derechos del usuario.	Porcentaje de personal entrenado y evaluado en el cumplimiento de la declaración de derechos y deberes.		100%	100%
Ofrecer servicios de salud mental oportunos, accesibles, continuos y	Porcentaje de adherencia a las guías	Meneral	1188 8 , 1	me slab
pertinentes.	médicas adoptadas en el hospital.	Porcentaje	80%	100%
Prestar servicios de salud mental integrales con participación de la familia.	Porcentaje de familias que participan en el plan de tratamiento del paciente intrahospitalario		50%	100%
Estandarizar estrategias de seguridad del paciente.	Porcentaje de eventos adversos gestionados	Porcentaje	100%	100%
Mejorar las competencias del talento humano para la atención del Usuario y su Familia.	Porcentaje de colaboradores de la empresa capacitados en atención al usuario	Porcentaje	100%	100%
Adecuar el ambiente físico del hospital para garantizar la atención humanizada para los usuarios, sus familias y los	Calificación promedio de la autoevaluación del grupo de estándares de gestión de Gerencia del Ambiente físico del Sistema Único de	SW BRIDE	16, se en la pl	DS Blang Ubenedu
Apoyar la atención con tecnología orientada a la eficiencia, la eficacia y la seguridad.	Acreditación en Salud Calificación promedio de la autoevaluación del grupo de estándares de gestión de la tecnología y Sistemas de Información del Sistema Único de Acreditación en Salud		3.5	100%
Plan de gestión financiera	Equilibrio presupuestal con recaudo	Número	>=1	100%
Plan de facturación	Porcentaje de glosas externas Porcentaje incremento en la venta de	AND THE PROPERTY OF THE PROPER	<=3%	100%
Plan de mercadeo	servicios del hospital	Porcentaje	>=10%	100%
Plan de austeridad	Porcentaje de cumplimiento del plan	Porcentaje	>=90%	83%
Gerencia del Costo Programa Promoción e Intervención en	Proporción de productos costeados Porcentaje de municipios del departamento en donde se realizan actividades de promoción y	as con tel	< 0.90	100%
salud mental comunitaria.	prevención en salud mental.	Porcentaje	<=3%	100%
Fortalecimiento del CADRI.	Porcentaje de demanda insatisfecha	Porcentaje	<=376	100%
Fortalecimiento sub programa de Mantenimiento con Metadona	Número de sedes donde se dispensa Metadona a pacientes del programa	Número	2	0%
Desarrollo y fortalecimiento del subprograma consumo otros SPA	Porcentaje de adherencia a las guías médicas adoptadas en el CADRI	Porcentaje	>=80%	100%
Centro de Investigación del HOMERIS	Número de artículos científicos publicados	Número	2	100%
Alianza estratégica con centros universitarios	Número de alianzas docencia servicio e investigación establecidas	Número	3	100%



NIT 891.412.134-1

1.2.1.2 PLAN DE ACCIÓN ANUAL U OPERATIVO

De acuerdo a la información suministrada por la asesora de calidad, y las evidencias entregadas a la oficina Asesora de Control Interno, se evidencia que el Plan de Acción Anual u Operativo de la empresa, correspondiente a la vigencia 2017, tuvo una ejecución del 86% para la vigencia 2017, de acuerdo a la evaluación de Control Interno.

(C) Plan- programa- proyecto	(C) Indicador	(C) Línea Base	(C) Actividades	(C) (Eficacia) Meta Programa da	(C) Meta Cumplid a	(J) Resultad o %	Observación
Acreditación del Hospital para el año 2019		No se tiene	Capacitación al personal asistencial y administrativo en el contenido de la declaración deberes y derechos de los usuarios al igual que el código de ética y buen gobierno	2	2 19	100%	La E.S.E.; Debe actualizar el código de Ética bajo los lineamientos del Decreto 1499 de 2017.
Acreditación del Hospital para el año 2019	política revisada con estrategias definidas	No se tiene	Revisar la política de humanización e incluir en ella las estrategias para su cumplimiento.	ind 1 out	1	100%	oredicación sa el año el año
Acreditación del Hospital para el año 2019	Manual de procesos y procedimientos auditados, ajustados a atención humanizada	No se tiene	Revisar manual de procesos y procedimientos, auditar y ajustar de acuerdo con la política de humanización adoptada por Resolución.	1	1	75%	De acuerdo al cronograma establecida, no se cumplió la meta al 100%, ya que falto revisar y auditar el procedimiento de consulta externa
Acreditación del Hospital para el año	Evaluación entendimiento deberes,	No se tiene	Definir instrumento y aplicar dos meses posteriormente a la	deh 1	1	100%	CACCITIC



OMERIS 2019	derechos y código de ética.		capacitación de deberes y derechos y código de ética y buen gobierno	G TARRA	2010 C	A JOWAJA A
Acreditación del Hospital para el año 2019	Modelo de atención actualizado	No se tiene	Actualizar el modelo de atención haciendo énfasis en garantizar la accesibilidad de los usuarios y sus familias a los diferentes servicios que presta la institución.	esa, consideradores de seucos de seu	Assessing Edition of the Control of	100%
Acreditación del Hospital para el año 2019	Recurso humano designado para fortalecer el SIAU	No se tiene	Designar recurso humano cualificado para organizar e implementar los procedimientos definidos para el servicio de información y atención al usuario y su familia	no y post	1	100%
Acreditación del Hospital para el año 2019	Plan de implementación de GPC, definido.	No se tiene	Definir plan de adopción de GPC, que incluya conformación del grupo de adopción, guías a implementar.	eph soni eresti s 1 nuge	aba a om seis 1	100%
Acreditación del Hospital para el año 2019	Plan de auditoria de historia clínica definido y seguimiento a su ejecución	No se tiene	Auditoria de historias clínicas		1	100%
Acreditación del Hospital para el año 2019	clinica	No se tiene	Implementar las recomendaciones de las guías de práctica clínica definidas por el equipo de	4	4	100%



HOMERIS			NII 891.412.13	4-1					
	i i i		implementación de guías.	digital and a second			Care III) o in		
			Capacitar al equipo interdisciplinario en la identificación de necesidades y cuidados del	e ord econ enge ¹					
Acreditación del Hospital para el año 2019		No se tiene	paciente, incluyendo: trabajo social, cuidados de enfermería, tipo de psicoterapia, valoración nutricional, actividades de terapia ocupacional y asesoría		1		100%		contactor in the spiral state of a state of
		10.00	farmacológica.	ara:			- Address	8	dulas Nasta
Acreditación del Hospital para el año 2019	Informes de auditoría concurrente con su respectivo plan de mejora	No se tiene	Auditoría concurrente del plan de atención. Retroalimentar al equipo de salud. Generar acciones correctivas, preventivas y de mejora.	8	8		100%		de la designation de la company de la compan
Acreditación del Hospital para el año 2019	Plan de implementación del programa de educación al paciente y su familia	No se tiene	Implementar y evaluar el impacto del programa de educación al Usuario y su familia.	1	1	Water Street, Street, St.	100%	10 10	910
Acreditación del Hospital para el año 2019	Cronograma y seguimiento a las reuniones semanales con familias de paciente hospitalizado.	No se tiene	Retomar la reunión semanal con las familias	mor believed to be the second	1		100%	54 50 50 50	et magnigi eus el pirc luss sceditación el Hospital
Acreditación del Hospital	Plan de medios y comunicación	No se tiene	Incluir en el plan de comunicaciones las	1 4 46 7	1		100%	8.1	



OMERIS			NII 091.412.134	-1			
1	estructurado		actividades a realizar con la familia desde el ingreso, la hospitalización, el egreso y post egreso.	ems Special State of the Constant of the of			
Acreditación del Hospital para el año 2019	Programa de educación al paciente y su familia actualizado	No se tiene	Incluir un programa de educación específico de acuerdo con las necesidades del paciente, diagnóstico, plan farmacológico, pronóstico.		1	100%	i nomena ma sur dezignos i lan naise i en
Acreditación del Hospital para el año 2019	Tres cursos diseñados vía web para el paciente y su familia.	No se tiene	Implementar cursos para usuarios y familiares. Cartillas, curso web.	3 A.	3	100%	
Acreditación del Hospital para el año 2019	Socialización al 100% de los funcionarios asistenciales de la institución el programa de seguridad del paciente.	el 100% de los eventos	Socializar, Implementar y evaluar el programa de seguridad del paciente, incluyendo el seguimiento de los indicadores de seguridad.	1	1 - ab	100%	
Acreditación del Hospital para el año 2019	Una medición de clima de seguridad del paciente con el respectivo plan de intervención	Gestionar el 100% de los eventos adversos identificad os	Medir anualmente el clima de seguridad del paciente y ejecutar el plan de mejoramiento.	nah	1		
Acreditación del Hospital para el año 2019	Plan de implementación de guías de buenas prácticas de seguridad del	Gestionar el 100% de los eventos adversos identificad	Hacer un plan de implementación de buenas prácticas de seguridad del paciente y	1	1 92,014 Y	100%	64 500 610 610 610 610 610 610 610 610 610 6



OMERIS		I	Γ		1	I I
	paciente. Guía de	os	ejecutarlo.	h N		Englesting)
	consentimiento informado, autocuidado implementadas.		tero umanto parer parer las las del	iela zeni esta j	5-0	60 S
Acreditación del Hospital para el año 2019	Programa de educación al paciente y su familia actualizado	Gestionar el 100% de los eventos adversos identificad os	Ajustar el programa de educación al paciente y su familia incluyendo la identificación de necesidades, cuidado del paciente, identificación de riesgo, signos y síntomas de alarma, conciencia de la enfermedad, pronóstico, cuidados en casa, interacción medicamentosa.	salas savad s saca saca saca saca saca saca saca sa	1	100%
Acreditación del Hospital para el año 2019	Guía de consentimiento informado documentada e implementada	Gestionar el 100% de los eventos adversos identificad os	Documentar la guía de toma de consentimiento informado, socializar implementar, capacitar al personal en salud para su aplicación, revisar los consentimientos existentes e incluir autorización de la inmovilización y sedación.	1	1	100%
Acreditación del Hospital para el año 2019	Oficina de Recursos Humanos estructurada y	No se tiene	Estructurar y definir recursos para contar con una oficina de Talento	1 1 200 800 800	1	100%



	con responsable asignado		Humano.	156	20	47.55	
	Plan de intervención de		Elaborar instrumento para identificar las necesidades del		0,	permitted permitted permitted permitted	
Acreditación del Hospital para el año 2019	necesidades identificadas el recurso humano en bienestar, educación continuada y clima organizacional.	No se tiene	talento humano: bienestar, educación continuada y clima organización. Aplicar instrumento semestral Analizar resultados y ejecutar plan de mejoramiento.	othi othi othi osq	1 de de de la	100%	
Acreditación del Hospital para el año 2019	Evaluación competencias a cada uno de los colaboradores y plan de mejoramiento individual	No se tiene	Elaborar instrumento de evacuación de competencias, similar al de desempeño, para todos los colaboradores del hospital. Aplicar el instrumento y definir plan de mejoramiento individual.	estimate the second sec	1	100%	
Acreditación del Hospital para el año 2019	Plan de capacitación ajustado	No se tiene	Revisar y ajustar el plan de capacitaciones de la institución que incluya las expectativas y necesidades identificadas del talento humano.	1800 1800 1800 1800 1800 1800 1800 1800	1	100%	
Acreditación del Hospital	Proceso de selección para la	No se tiene	Documentar proceso de	1	1	100%	

Ö

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

IOMERIS			1411 031.412.13				\$100 W
para el año 2019	contratación estructurado		selección tanto para personal contratado directamente como para la selección de	Bo Hami Jeva Huga			C1312-10
			prestadores de procesos tercerizados. Implementar el proceso de selección en la contratación de procesos y	ricol Jean Kons Henry Mins I		instrus Zriffie Direkterios	nonae dronae Primae e Primae e Primae
Acreditación del Hospital para el año 2019	canacitación	No se tiene	personal. Incluir en el plan de capacitación los temas de seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de tecnología y mejoramiento de la calidad.	1	1	100%	
para el año 1019	Instrumento para reporte mantenimiento actualizado y procedimiento definido	No se tiene	Revisar instrumento existente de reporte de mantenimiento, al igual que el instrumento de consolidación y definir estrategias para que las necesidades identificadas se intervengan según su prioridad.	1	1	100%	one to see one one one one one one one one one o
Acreditación del Hospital para el año 2019	programa de manejo del ambiente físico documentado	No se tiene	Documentar programa de manejo seguro del ambiente físico,	1 1	0.5	0%	nölbet/betb legget fer legget ako



OMERIS			socializar,	elec	1		a i sa ician	nales e
			implementar y					
			evaluar su					
			aplicación.		1			
			Revisar y ajustar el					
			PGIRHS, al igual que					
Acreditación			lo relacionado con					
	PGIRHS, ajustado		gestión ambiental.					
del Hospital para el año		No se tiene		1	1		100%	
	y socializado		Socializar,					
2019	. i - '		implementar y					187
			evaluar su					
			aplicación.					
Acreditación Diagnóstico realizado			Realizar diagnóstico					
	Diagnóstico		de infraestructura				-	
			teniendo encuentra					
del Hospital	definición del	No se tiene	lo requerimientos	1	1		100%	
oara el año	plan de	de	para una atención					
2019	intervención.		humanizada, segura				(11	11= 5
	intervencion.		y definir plan de	and annur-	0.04		mo extra cost	8 M 1814
W 562.5			intervención.	150		(
			Realizar	.49				
			seguimiento					=
N augalita ai á m			trimestral al plan	gar.				
Acreditación	un seguimiento		de intervención de	0.82				
del Hospital	último trimestre	No se tiene	infraestructura para	1	1		100%	
oara el año	de la vigencia		garantizar atención	1211				
2019			humanizada con	1/45				
			respeto, privacidad	qa.				
			y comodidad.	1570			one man	rd.
			Revisar y ajustar si	198		eha	g (# 1 8)	
			es necesario el	tena			L9F 1/197/11	ng e la riverbi
	SVEG1		manual de gestión	060	2. 014		obssiledo	18 July 19 J
Acreditación	Manual		de la tecnología,	1991			resire to si	
del Hospital	ajustado,	N	socializar e	119	0		0%	Stort -
para el año		No se tiene	implementar	1	0		0%	
2019 implementado		= 1	realizando	le p				
		seguimiento	87.4					
		periódico a su	a ual					
	-	aplicación.	503			STREAM	191 (2008)101	
Acreditación			Buscar y presentar	630		ist	61913	an Imios di
del Hospital	Proyectos	No se tiene	proyectos a través	The state of the s	na		100%	ER 11 to 15
para el año	elaborados		de las TIC para la					61 8



IOMERIS	1		1			1	E-479 C 14
2019			modernización de la tecnología del hospital			ensiq en enscription enscription	10 1 10 1 10 1
Acreditación	le farme		Definir las necesidades informáticas de la institución en concordancia con	3m 224 1937 1832			
del Hospital para el año 2019		No se tiene	Actualizar el actual sistema de información o renovarlo de	1 Post	1	100%	
	1 4.31		acuerdo con el análisis inicial.	91Q1 979	E 1 - 00	ndaroh (as	or noises
Acreditación del Hospital para el año 2019	Plan de medios y comunicación estructurado	No se tiene	Incluir en el plan de medios y comunicación estrategias para recordar citas por mensajes de texto.	1	1	100%	
Acreditación del Hospital para el año 2019	página actualizada	No se tiene	Actualizar la página web.	1	0	0%	No se realizó la actualización de la página.
Acreditación del Hospital			Actualizar el PBX a un sistema automatizado de teléfono, tanto para llamada entrantes como	210 200 200 201 201 201 201	15 07	ning jangi ning jangi	No se contó con presupuesto para realizar esta actividad
para el año 2019		No se tiene	para salientes (inbound y outbound) Marcador predictivo o generador de	1 Sign	0	0%	ni 16 100 - 1151 17 1151 18 1151 18 1151
Plan de gestión financiera	Estudio de viabilidad presupuestalme	1.39	Ilamadas. Garantizar que se tengan recursos apropiados en el	1	1	100%	and



IOMERIS			NII 891.412.134	4-1			
	nte para las inversiones identificadas		presupuesto para el desarrollo de las actividades de	65			
			diagnóstico, implementación y seguimiento del				
			sistema de gestión de calidad.	rani nos			
	af Gog		Identificación de necesidades de la institución para inversión.	HAS GREATS	oW St	sor is stanes	
Plan de gestión financiera		1.39	Definir procedimiento para presentar proyectos ante	1	1	100%	
	calidad		entidades gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional e internacional.	tien onthi	s y	es a medo amorcetios ameturado	
ng salik ni ak n ng sasili na sang an ak	A0	0.,	Capacitar al personal administrativo y asistencial en el	dbA iow	1001	5000 6763/6000	e en
Plan de facturación	Capacitación realizada	No se tiene	proceso de facturación y realizar reinducción a todo el personal en el sistema de información.	nu Hos Mat	1 90	100%	
Plan de facturación	Informes de auditoría concurrente con su respectivo plan de mejora	No se tiene	Contratar auditor de cuentas médicas	1	1	100%	
Plan de facturación	Informes de auditoría concurrente con su respectivo plan de mejora	No se tiene	Realizar auditoría concurrente de cuentas médicas.	11.09.11	8	100%	Too Too



Plan de facturación	Plan de capacitación ajustado	No se tiene	Diseñar plan de capacitaciones de área de facturación incluirlo en el plar de capacitación institucional implementarlo y realizar seguimiento a cada facturador con indicadores con su respectiva retroalimentación.		1	100%
Plan de mercadeo	Seguimiento a planes de mejoramiento de acreditación		Ejecutar el plan de mejoramiento de los estándares de acreditación de accesibilidad.	4	4	100%
Plan de mercadeo	Portafolio actualizado	No se tiene	Diseñar nuevo portafolio de servicios ofreciendo tratamientos específicos para problemas frecuentes en niños y adolescentes: Déficit de la atención con hiperactividad, trastorno de impulsividad, orientación vocacional, y en ancianos: Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer.	1	0.75	100%
Plan de mercadeo	Portafolio actualizado		Diseñar nuevo portafolio de servicios ofreciendo tratamientos específicos para	100 (100 (100 (100 (100 (100 (100 (100	0.75	100%



OMERIS	1	1	1		1		
	38001		trastorno de impulsividad, orientación vocacional, y en		**************************************	nal geolocion stano	
Plan de austeridad	Informe de revisión comité de compras y manual de contratación	No se tiene	Revisar y ajustar el comité de compras existente. Realizar seguimiento plan anual de adquisiciones trimestral.	am sot analta	1	100%	
Plan de austeridad	Plan de austeridad implementado	1	Revisar y ajustar implementar y socializar a todos los funcionarios el plan de austeridad existente. Definir instrumento para el seguimiento de las estrategias definidas en el plan de austeridad.	pedi V 1e onett gri cutt gree	1,/1	100%	on onto
Plan de austeridad	informes de auditoría de historias clínicas	1	Auditoria de historia clínica	8	8	100%	
Gerencia del Costo	Seguimientos mensuales de costos	No se tiene	Gerenciar cada unidad de negocio teniendo en cuenta los costos por producto y producción de la	9	9	100%	La empresa durante la vigencia 2017, manejo su unidad de negocio



IOMERIS	I.		1411 001.412.10			1		1	1.
ugosolist Pastages most as an			sidedes on service of the control of	ulac Haa UM)	5090	iskl	and the second s	anne muncham nastraucs menta	basado en los costos históricos, cambiando la modalidad de contratación.
Gerencia del Costo	Sistema de costos implementado	No se tiene	Implementar sistema de costos con la metodología costos ABC.	1		1		70%	Se contrató la elaboración de estudio de Costos, en e cual se definieron los costos por servicios y la metodología de cómo se obtuvo la información, sin embargo no se ha implementado en la entidad
Gerencia del Costo	Aplicativo costos implementado	No se tiene	incluir en el sistema de información un módulo o articular con el aplicativo de costo	1		1		70%	La empresa durante la vigencia 2017, no contó con un aplicativo de costos, se trabajó el sistema de costos en una herramienta de Excel.
Programa Promoción e Intervención en salud mental comunitaria.	Plan de trabajo para promocionar los servicios de prevención y promoción	No se tiene	Definir un plan de trabajo para la búsqueda de recursos y contratación de actividades de prevención y promoción.	1	915a.c	1		100%	Se realizó el contrato de familias fuertes con el fondo de estupefaciente s y las actividades del PIC.



Programa Promoción e Intervención en salud mental comunitaria.	Informe identificación necesidades en salud mental	No se tiene	Identificar necesidades en salud mental, definir planes de intervención y llevarlo a través de proyectos al ente correspondiente.	1	1		100%	Se identificaron necesidades y se establecieron proyectos.
Fortalecimien to del CADRI.	Plan de necesidades y de consecución de recursos	No se tiene	Gestionar recursos para contar con una sede alterna para el manejo integral del paciente consumidor de sustancias psicoactivas.	1 (200)	1	2012	70%	A través del Plan Bienal se formuló el proyecto para la sede alterna. Se realizaron acercamientos con el fondo de estupefaciente s para la descentralizaci ón de la dispensación del medicamento a los pacientes. Sin embargo al cierre de la vigencia no se contó con los recursos para la sede alterna.
Fortalecimien to del CADRI.	Modelo atención del CADRI actualizado	No se tiene	Revisar y ajustar modelo de atención para el CADRI e incluir fortaleciendo la atención de pacientes de otras sustancias.	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1		100%	F1 S1001000 B1 S1001000 CQ 10 D017G3-1100
Fortalecimien to del CADRI.	Rutas de atención pacientes	No se tiene	Documentar las rutas de atención del hospital para		1		100%	and the second second



HOMERIS			NII 891.412.13	4-1			
ozne	consumidores implementadas y socializadas		pacientes consumidores. Definir un plan de socialización a la Red hospitalaria de las rutas de atención de pacientes en el CADRI.	esto i dosesti svos		enusiag enusia sane	
Fortalecimien to del CADRI.	Plan de capacitación ajustado	No se tiene	Incluir en el plan de capacitación la formación al recurso humano sobre el manejo de pacientes farmacodependient es, evaluando su aplicación a través de auditoria de historias clínicas.	1	1	100%	Se realizaron las capacitaciones a funcionarios y contratistas de la E.S.E.
Fortalecimien to sub programa de Mantenimien to con Metadona	0.00	No se tiene	Gestionar ante la Secretaria de Salud Departamental descentralizar la atención del cadri incluyendo la terapia de mantenimiento de metadona al menos en dos municipios estratégicos del departamento.		1	80%	Se realizó la gestión ante la secretaria de Salud Departamental y gerentes de la E.S.E Salud Pereira, Y Santa Mónica, al cierre de la vigencia aún no se obtuvo respuesta.
Fortalecimien to sub programa de Mantenimien to con Metadona	actualizado para mantenimiento	No se tiene	Revisar y ajustar el protocolo de terapia de mantenimiento de metadona donde se evidencie las mejores prácticas evidenciadas en el mundo.	C set	1	100%	Se ajustó el protocolo de acuerdo a las etapas definidas.



Centro de Investigación del HOMERIS	Capacitación realizada	No se tiene	1) Capacitar y motivar al personal profesional para diseñar y realizar procesos de investigación.	1		1		100%	Se capacitó y conformó un grupo de investigación al interior de la E.S.E.
Centro de Investigación del HOMERIS	Alianza con universidad acreditada que nos apoye con personal experto en investigación	No se tiene	2) Contar con un experto en investigación para Asesorar a la institución en el cumplimiento de este proyecto.	1		1	st	100%	Se realizó alianza con la Universidad Tecnológica de Pereira para asesorar a la E.S.E. HOMERIS
Centro de Investigación del HOMERIS	Documentar proceso de investigación y conformación grupo.	No se tiene	3) Conformar el grupo de investigación del Hospital Mental.	1	nmill a	1		100%	Se capacitó y conformó un grupo de investigación al interior de la E.S.E.
Observatorio de salud mental	Proyecto de creación área estadista	No se tiene	Crear el área de estadística del hospital.	1		0		0%	No se ejecutó por falta de recursos
Observatorio de salud mental	página actualizada	No se tiene	4) Actualizar la página web para incluir la plataforma de datos del observatorio de salud mental.	4	shall e	0.5	sb eb	0%	No se ejecutó por falta de recursos
Observatorio de salud mental	Publicación datos estadístico	No se tiene	5) Publicar periódicamente los datos estadísticos del hospital.	1		0		0%	No se ejecutó por falta de recursos
Alianza estratégica con centros universitarios	Plan de trabajo con las universidades acreditadas para el proceso de creación observatorio e investigación en	No se tiene	1) Planear y desarrollar alianzas con universidades que se articulen con la plataforma estratégica institucional, las metas planteadas y		ensue	1	1.76	100%	Se realizó alianza con la Universidad Tecnológica de Pereira para asesorar a la E.S.E.



NIT 891.412.134-1

IOMERIS	salud mental	tet enouinil	los trabajos de	4 7 2 7	60.88	ris Car	sins 9 7. F.
			investigación que se propongan.				
Alianza estratégica con centros universitarios	Plan de creación y procesos de la oficina de docencia servicio	No se tiene	3) Crear la oficina de coordinación docencia – servicio e investigación del hospital.	4	4	0%	La oficina de Coordinación docencia no se creó, ya que de acuerdo al manual de funciones de la empresa, corresponde al Sub-Director Científico realizar esta actividad.
	TOTAL CUM	PLIMIENTO		152	142.5	86%	

1.2.1.3 Plan Anticorrupción y atención al ciudadano

La E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda, elaboró y publicó dentro de los términos de Ley el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, para la vigencia 2017, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Ley, el cual fue objeto de seguimiento por parte de la oficina asesora de control interno, arrojando un grado de ejecución del 91%.

Para la Vigencia 2018, igualmente se dio cumplimiento con la elaboración y publicación en la página web de la empresa del Plan Anticorrupción el cual se enmarca en los 5 componentes a saber:

COMPONENTE 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de riesgos de corrupción

COMPONENTE 2: Estrategia racionalización de trámites

COMPONENTE 3: Estrategia de rendición de cuentas

COMPONENTE 4: Atención al ciudadano

COMPONENTE 5: Trasparencia y acceso a la información

1.2.1.4 Estructura Organizacional





NIT 891.412.134-1

1.2.1.5 Planta de Cargos de la E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda

CARGOS	No Funcionario s	Naturaleza del Cargo
GERENTE	1	Periodo
ASESOR	1	Periodo
AUXILIAR	1	Carrera Administrativa
AUXILIAR	1	Libre Nombramiento y remoción
AUXILIAR DE LA SALUD	12	Carrera Administrativa
DIRECTIVO	2	Libre Nombramiento y remoción
PROFESIONAL	15	Carrera Administrativa
TÉCNICO	4	Libre Nombramiento y remoción
TOTAL PLANTA	37	

De acuerdo a la planta de Cargos de la empresa, la estructura no es muy flexible ya que la entidad cuenta en el área directiva constituida por la Gerencia y dos Subdirecciones (Administrativa y la Científica), un Asesor que corresponde al cargo de Control Interno, en el nivel Profesional cuenta 15 funcionarios entre los cuales se tienen médicos generales, psiquiatras, psicólogo, terapeutas ocupacionales, trabajadora social, Enfermero Jefe, profesional en sistemas, El nivel Asistencial está conformado por 12 de auxiliares de enfermería y 2 auxiliares administrativos; en el nivel Técnico se tienen 4 funcionarios de apoyo al área administrativa.

La estructura administrativa de la E.S.E., al nivel de direcciones es poco flexible, lo que no permite a la administración en algunas ocasiones tener mayor capacidad de manejo de su planta de funcionarios, con el objeto de atender las cambiantes necesidades del servicio y cumplir de manera más eficiente con las funciones que le corresponden, igualmente la empresa carece de un área de planeación.

De los 37 cargos de la Planta a diciembre 31 de 2017; 30 son activos y 7 vacantes.

La empresa debe ejecutar muchas de sus labores misionales y administrativas a través de contratos con empresas temporales y contratos de prestación de servicios con personas naturales.



NIT 891.412.134-1

1.2.1.5

Indicadores de gestión

La E.S.E.; da aplicación a los siguientes indicadores que le permiten medir su gestión institucional, y dar cumplimiento a los requerimientos de sus usuarios y entes de control.

TIPO	NOMBRE	DEFINICION	OBJETIVO	TIPO
URGENCIAS	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS	Evaluar el nivel de aceptación y conformidad de los usuarios con	Calidad
VCIAS	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Mide el tiempo transcurrido entre la solicitud de atención y la valoración médica	requerido para	Eficacia
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Es un estimador de las caídas de pacientes en hospitalización en un mes de seguimiento.	Tener una medición de las caídas en hospitalización dando cumplimiento a la Resolución 256 de 2016	seguridad
HOSPITALIZACIÓN	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización.	Tener medición eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización y dar cumplimiento a la Resolución 256	seguridad
HOSPITALIZACIÓN	Tasa de Infección intrahospitalaria	Porcentaje de pacientes que adquieren infección durante la estancia hospitalaria en las horas posterior al ingreso	Identificar las posibles fallas en los procedimientos institucionales que llevaron a que se presentara infección durante la permanencia en la institución	Calidad



nedasp us tileem

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

Tasa de mortalidad intrahospitalaria	Porcentaje de muertes ocurridas después del ingreso a los diferentes servicios de la institución.	Evaluar la efectividad de los tratamientos instaurados al paciente	Efectividad
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS	Evaluar el nivel de aceptación y conformidad de los usuarios con los servicios prestados	Calidad
Porcentaje ocupacional	Proporción de camas disponibles de la institución que son utilizadas en un periodo de tiempo	Evaluar el grado de utilización del recurso camas disponibles en un periodo de tiempo	Eficiencia
Promedio día estancia	Promedio de días de permanencia de cada uno de los pacientes que egresan del servicio de hospitalización	Evaluar el promedio de los días de permanencia de cada paciente en el servicio de hospitalización y la pertinencia de los mismos	Eficiencia
Giro cama	Número de usuario que pasaron por cada cama disponible en el periodo	Evaluar la productividad de las camas del servicio de hospitalización durante un periodo	Eficiencia
Tasa de úlceras por presión	que durante su permanencia desarrollaron úlceras por presión en un	Tener conocimiento de los casos presentados de eventos de ulceras por presión en la	seguridad



	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Heliative alle	de los usuarios que recomendarían	
	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	The state of the s	Evaluar la efectividad de los tratamientos instaurados en el servicio de hospitalización.	seguridad
CONSULTA EXTERNA	Concentración de uso por disciplina	Número de veces que se accede al servicio por parte de un usuario, en un periodo determinado por tipo de disciplina	Conocer el comportamiento de la demanda para optimizar la asignación de recursos por tipo de servicio ofrecidos.	Eficiencia
	Oportunidad de la Atención en consulta de primera vez por psiquiatría, psicología y terapia ocupacional		Conocer la distribución de los tiempos de asignación de citas por servicio, para determinar ajustes en beneficio de los usuarios.	Eficiencia
	Adherencia a las guías	Medida en que las guías de manejo clínico se aplican con los pacientes de la institución.	Evaluar grado de cumplimiento de los lineamientos dados para el tratamiento de las diferentes patologías por las que consultan los usuarios.	Bus
	Inasistencia a citas de consulta externa por profesional	Mide la proporción de citas incumplidas por los usuarios en cada especialidad	Definir estrategias para disminuir la inasistencia optimizando el servicio.	Eficiencia



	No De citas asignadas y canceladas	Mide el porcentaje de citas canceladas por los usuarios en cada profesión, psiquiatría, psicología y terapia ocupacional.	Identificar el número de citas que son asignadas y posteriormente cancelada por los usuarios.	Eficacia
	Proporción de demanda rechazada por especialidad	Mide el porcentaje de citas solicitadas por usuarios y no asignadas según profesión.	Cuantificar la suficiencia de los recursos disponibles para la atención de la demanda rechazada, con el fin de optimizar.	Eficiencia
	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS	Evaluar el nivel de aceptación y conformidad de los usuarios con los servicios prestados	Calidad
9.4	Porcentaje de necesidades gestionadas y resueltas.	Mide el porcentaje de necesidades identificadas a través de los diferentes medios de escucha y resueltas.	Medir la resolución de las necesidades identificadas de los usuarios.	Efectividad
	Porcentaje de disminución de quejas y reclamos.	Mide el grado de disminución de quejas y reclamos por la misma causa	Determinar porcentaje de disminución de quejas y reclamos.	Efectividad
SIAU	Oportunidad en resolución de quejas	Mide el tiempo transcurrido desde el momento en que se hace apertura de buzones hasta la fecha en que es tramitada.	Determinar número de quejas y reclamos gestionados en un tiempo inferior a 15 días	Eficiencia
	Porcentaje de satisfacción global	Grado en que los usuarios consideran que sus necesidades y expectativas fueron satisfechas	Evaluar el nivel de aceptación y conformidad de los usuarios con los servicios prestados	Calidad



	Oportunidad en la resolución de requerimientos.	Mide el tiempo transcurrido desde e momento en que se solicita e requerimiento hasta la fecha er que es resuelto.	Determinar número do requerimientos resueltos en :	e Eficiencia
SISTEMA D	Porcentaje de cumplimiento plar de mantenimiento	Grado de cumplimiento de las actividades del plan de mantenimiento	las actividades y	Eficacia
SISTEMA DE INFORMACIÓN	Control de gestión de eventos adversos e incidentes	Desarrollo de acciones de mejora en respuesta a los eventos adversos e incidentes identificados en un periodo de tiempo determinado.	Mejorar el contro sobre los incidentes y eventos	S Page
(mpin sect	Porcentaje de satisfacción con el sistema de información.	Grado en que los usuarios consideran que sus necesidades y expectativas fueron satisfechas	Evaluar el nivel de aceptación y conformidad de los usuarios con los servicios prestados	Calidad
LOGISTICA	Porcentaje cumplimiento de compras	Grado de cumplimiento de las actividades del plan de compras	Determinar el porcentaje de cumplimiento de las actividades y metas programadas en el plan de compras	Eficacia
	Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento.	Grado de cumplimiento de las actividades del plan de mantenimiento	Determinar el porcentaje de cumplimiento de las actividades y metas programadas en el plan de mantenimiento	Eficacia
	Oportunidad en la resolución de necesidades de contratación.	Mide el tiempo transcurrido desde el momento en que se solicita el requerimiento hasta la fecha en	Determinar número de requerimientos resueltos en 3 días.	Eficiencia



	do Deuman de la	que es resuelto.		
Siories	eur ne se con metaux es con la cital con metaux es con consensario con consens	pa-man pan pasa garaga garaga	Asinginine	
ejo4333	Oportunidad en la entrega de insumos	Mide el tiempo transcurrido desde el momento en que se solicita el requerimiento hasta la fecha en que es resuelto.	Determinar número de requerimientos resueltos en 3 días.	Eficiencia
церияк	Oportunidad en la resolución de solicitudes de mantenimiento.	Mide el tiempo transcurrido desde el momento en que se solicita el requerimiento hasta la fecha en que es resuelto.	Determinar número de requerimientos resueltos en 3 días.	Eficiencia
	Porcentaje de Satisfacción del cliente interno	Grado en que los usuarios consideran que sus necesidades y expectativas fueron satisfechas	Evaluar el nivel de aceptación y conformidad de los usuarios internos con su entorno laboral	Calidad
RECURSO HUMANO	Porcentaje de cumplimiento por competencias laborales por nivel jerárquico.	Nivel promedio de calificación obtenida en las competencias laborales evaluadas para cada nivel de la organización.	grado de cumplimiento y nivel de desarrollo de las	Calidad
	Cumplimiento de las actividades del programa de salud ocupacional	Grado de cumplimiento de las actividades del plan de acción de salud ocupacional	cumplimiento de las actividades y metas del	Eficacia



Cumplimiento de las actividades del programa de bienestar socia e incentivos	Grado de cumplimiento de las actividades del plan de acción de bienestar social e incentivos	porcentaje de cumplimiento de las actividades y metas de	Eficacia
Índices de frecuencia de incidentes.	Mide la relación entre el número total de los incidentes de trabajo, con y sir incapacidad, registrados en un periodo y el tota de horas hombre trabajadas durante el periodo	Determinar e número de incidentes ocurridos en un periodo de tiempo por cada 100 trabajadores de tiempo completo	Efectividad
Índice de frecuencia de accidentes de trabajo	Mide la relación entre el número total de accidentes de trabajo, con y sin incapacidad, registrados en un periodo y el total de horas hombre trabajadas durante el periodo	Determinar el número de accidentes de trabajo ocurridos den un periodo de tiempo por cada 100 trabajadores de tiempo completo.	
Índice de frecuencia del ausentismo.	Mide la relación entre el número de horas de ausentismo de los trabajadores, registrados en un periodo de tiempo y el total de horas hombre trabajadas durante el periodo.	Determinar el número de horas no laboradas por causa de ausentismo.	Eficacia
necesidades identificadas del cliente interno.	Mide el número de necesidades identificadas del cliente interno que fueron resueltas o gestionadas.	Determinar porcentaje de resolución o gestión de necesidades del cliente interno.	Efectividad





6 400	Porcentaje cumplimiento de Plan de capacitación	Grado de cumplimiento de las actividades del plan de acción de capacitación	Determinar el porcentaje de cumplimiento de las actividades y metas del programa de capacitación.	Eficacia
O DIRECCIONAMIENT	Cumplimiento en las metas y objetivos propuestos en el plan desarrollo institucional	Grado de cumplimiento de las metas y objetivos del Plan de Desarrollo Institucional	Medir el cumplimiento de las metas y objetivos trazados en el plan desarrollo institucional	Eficacia
IT GESTION DE LA CALIDAD	Control de gestión de eventos adversos e incidentes	Desarrollo de acciones de mejora en respuesta a los eventos adversos e incidentes identificados en un periodo de tiempo determinado.	Mejorar el control sobre los incidentes y eventos adversos.	Efectividad
	Cumplimiento de las acciones de mejoramiento producto de auditorías de calidad	Nivel de ejecución de las acciones de mejoramiento de estándares de calidad.	Seguimiento a los planes de mejoramiento para avanzar hacia la ruta critica	Eficacia
co	Porcentaje de cumplimiento del Plan General de auditoria	9.0184		
CONTROL DE GESTION	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción de Control Interno			
GESTION	Nivel de implementación de las recomendaciones de control interno		omete.	130 130
	Liquidez	N. COSPINES		
X	Endeudamiento	MENSINGERS.		
NCI	Solvencia	stants.		
FINANCIEROS	Giros/Recaudo	gho/o.		
	Compromisos/Recaudo	3- 80		
TERAPEUTIC AS Y DIAGNOSTIC AYUDAS	NUMERO DE ACTIVIDADES REALZADAS	Producción el términos de número de actividades realizadas	e Evaluar la	that was constituted.



	1411 0	31.412.134-1		
	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS	Mide el tiempo transcurrido desde el momento en que al usuario se le toma el examen de ayuda diagnóstica hasta que se entrega el resultado por especialidad.	Conocer la distribución de los tiempos de asignación de citas por servicio, para determinar ajustes en beneficio de los	Eficiencia
	PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS ATRIBUIBLES A LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS.	Grado de participación de los eventos adversos relacionados con ayudas diagnósticas en la totalidad de los presentados en la institución	participación de los eventos adversos relacionados con ayudas diagnósticas en la totalidad de los	Efectividad
85	PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS ATRIBUIBLES A L APOYO TERAPÉUTICO. CONTINUIDAD EN EL TRATAMIENTO.	Grado de participación de los eventos adversos relacionados con ayudas diagnósticas en la totalidad de los presentados en la institución	participación de los eventos adversos relacionados con ayudas diagnósticas en la totalidad de los	Efectividad
URGENCIAS	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Es un estimador de las caídas de pacientes en urgencias en un mes de seguimiento.	Tener una medición de las caídas en urgencias dando cumplimiento a la Resolución 256 de 2016	seguridad
CONSULTA EXTERNA	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Es un estimador de las caídas de pacientes en consulta externa en un mes de seguimiento.		seguridad
URGENCIAS	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias.	Tener medición eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias y dar cumplimiento a la Resolución 256	seguridad



URGENCIAS	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Expresa la proporción de pacientes atendidos en urgencias que reingresan al mismo servicio de la misma institución por el mismo diagnóstico de egreso dentro de las 72 horas posteriores dado de alta.	Tener conocimiento de la tasa de reingreso al servicio de urgencias en menos de 72 horas	seguridad
URGENCIAS	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Expresa la proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Tener medición de los usuarios que recomendarían los servicios de la ESE	satisfacción
una musia	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Expresa la proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Tener medición de los usuarios que recomendarían los servicios de la ESE	satisfacción
CONS	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS	Expresa proporción de funcionarios a quienes se les evalúa el lavado de manos y tienen adherencia a este	Medir adherencia al protocolo de lavado de manos	
CONSULTA EXTERNA	ADHERENCIA AL PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS.	Expresa la adherencia del personal asistencial al protocolo de caídas	aplicación del protocolo de	r Gestion - Ger
	PROPORCIÓN DE PACIENTES A QUIENES SE LES IDENTIFICA EL RIESGO DE CAÍDAS.	The second secon	riesgo de caída de los pacientes	Gestión del riesgo seguridad
	PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE.	Expresa proporción de pacientes identificados según guía	medir el grado de implementación en la identificación del paciente	Gestión del riesgo seguridad



NIT 891.412.134-1

	NÚMERO DE CASOS DE SUICIDIO EN PACIENTES INTERNADOS.	Número de casos de suicidios de paciente internado	medir el número de casos de suicidio presentados en al institución	Gestión del riesgo seguridad gbsp
eniopenou Ligurio	NÚMERO DE CASOS DE ASALTOS SEXUALES EN LA INSTITUCIÓN.	Número de casos que presentaron reporte de asalto sexual en la institución	medir el número de casos de asalto sexual	Part of the Control o

Fuente: Asesora Calidad E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda

Se sugiere la revisión de los indicadores del Plan Estratégico, Plan de Acción y otros planes, así como su aplicación.

1.2.1.6 Políticas de Operación

La E.S.E., cuenta con un procedimiento debidamente documentado, por el cual se establece el método para el desarrollo, implementación, mantenimiento y vigencia de las políticas de dirección y control, así como las regulaciones en las diferentes dependencias en el desarrollo de los procesos.

Mediante la Resolución No 239 del 4 de octubre de 2010, la entidad adoptó su mapa de procesos y la aplicación de las políticas de operación para la E.S.E. que definen los límites y parámetros para ejecutar los procesos y procedimientos. Se evidenció política de Calidad, de Seguridad del Paciente, Salud Ocupacional, Talento Humano, Ambiental, y manejo de información.

Igualmente se cuenta con la política de Humanización del paciente y prestación de servicios.

Así mismo se implementaron las Políticas Contables bajo el Modelo de Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) para pymes de la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA, como una guía de obligatoria y fácil consulta, para todo el personal de la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA, que participa en el registro, ajuste, elaboración y presentación de los Estados Financieros.



NIT 891.412.134-1

1.3 Administración de Riesgos.

La E.S.E., adoptó mediante la Resolución No. 273 de julio 25 de 2013, el Mapa de Riesgos, el cual se constituye en una guía para el tratamiento de los riesgos a los que están expuestos los recursos y personas de la entidad por parte de los responsables de los procesos y de todos los funcionarios.

A continuación se muestra los procesos con su zona de riesgo, en el cual se puede evidenciar que existen 79 riesgos identificados, de los cuales se encuentran en zona de riesgo alta 47, extrema 29 y moderada 3.

PROCESO	ZONA DE RIESGO ALTA	ZONA DE RIESGO EXTREMA		ZONA DE RIESGO MODERADA	Total general	
CONSULTA EXTERNA	6		1			7
CONTROL DE LA GESTIÓN	1		3			4
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			6			6
FACTURACIÓN			11			11
FINANCIERO	11		1			12
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	3		2			5
HOSPITALIZACIÓN	6	ard ollones	3		10 19 935	10
LOGÍSTICO	5					5
RECURSO HUMANO	5		2	enose sel on	allon uses	7
SIAU	6				1	7
URGENCIAS	4				1	5
Total general	47		29		3	79

En la entidad se trabaja en la mitigación de los riesgos a los diferentes procesos y se verifica la efectividad de los controles establecidos para cada proceso.

Módulo de Evaluación y Seguimiento

La empresa durante la vigencia 2017, contó con un Plan de Acción y un Programa Anual de Auditorías aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno, como elementos necesarios para desarrollar las actividades de evaluación y seguimiento que le corresponden al Asesor de Control Interno de la empresa.

Igualmente la empresa realiza la autoevaluación de su gestión a través de los diferentes comités que realiza en forma periódica, igualmente se ha venido realizando hasta la fecha con



NIT 891.412.134-1

el diligenciamiento de la encuesta referencial del DAFP, por parte de los líderes de los procesos y/o de manera aleatoria por los funcionarios de la entidad.

Así mismo la E.S.E. por su naturaleza jurídica debe rendir diferentes informes que permiten realizar su autoevaluación, en cumplimiento de las normas de habilitación y acreditación en salud.

2 Auditoría Interna.

El Programa Anual de Auditoría contempló 70 actividades de control de las cuales a 31 de diciembre de 2017 se adelantaron 56 actividades para un cumplimiento del 79%.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas por el ex asesor de control Interno a los módulos de planeación y gestión, evaluación y seguimiento y el eje transversal de información y comunicación, de las acciones sugeridas en informes anteriores; las siguientes persisten y requieren de intervención por parte de la administración. Generar participación de la Comisión de personal en la formulación y evaluación del Plan de Capacitación para la siguiente vigencia. Fortalecer los componentes y elementos del factor entorno de control del sistema de control interno. Implementación de los incentivos formulados en el Programa de Bienestar Social. Revisión y actualización de mapa de procesos, caracterizaciones y procedimientos, incluir indicadores efectivos para su gestión. Actualización del Mapa de Riesgos derivados de los cambios en los procesos y procedimientos Actualización del Modelo de operación por cambios en procesos y procedimientos, en especial las políticas y procedimientos contables para la preparación, elaboración y presentación de los estados financieros establecidos en las NIIF por la CGN, conforme a la naturaleza y clasificación de la entidad.

3 Plan de Mejoramiento

A la fecha se han suscrito dos planes de mejoramiento con la Contraloría General del Risaralda cómo resultado de una auditoría con enfoque regular practicada en la entidad en el año 2016 respecto de la vigencia 2015 y otra Auditoria especial al proceso de conciliaciones y sentencias judiciales adelantada por el órgano de control en la presente vigencia.

El Plan de Mejoramiento suscrito ha sido objeto de seguimiento y evaluación por parte del Comité de Coordinación de Control interno y en acta de seguimiento por parte del Comité de



NIT 891.412.134-1

coordinación de control interno obtuvo un avance del 81% a diciembre 28 de 2017.

Fuente: Acta de Entrega Asesor de Control Interno.

Información y Comunicación

4 Información y Comunicación Interna

A través del eje transversal se busca contar con parámetros de control para vincular a la entidad con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones internas, mejorar la transparencia frente a la ciudadanía por medio de la rendición de cuentas a la comunidad y el cumplimiento de las obligaciones frente a las necesidades de los usuarios.

La E.S.E., cuenta con mecanismos para recepción, registro y atención de peticiones quejas recomendaciones, reclamos o sugerencias, por parte de la ciudadanía a través de dos medios de recepción de los diferentes asuntos y peticiones de los usuarios y la ciudadanía; buzones en las áreas de consulta externa, hospitalización, urgencias, terapia ocupacional, SIAU y programas extramurales, así como en la recepción de ventanilla única, los asuntos son tratados en Comité de Quejas y las respuestas son dadas a través de las dos subdirecciones existentes, los derechos de petición y las tutelas son direccionadas por el Gerente de acuerdo a las competencias de los funcionarios.

Igualmente existe un link en la página http://www.hospitalmentalderisaralda.gov.co/, para el registro de PQRS, la cual es verificada y controlada por la contratista de calidad, así mismo en la página son publicados el plan de acción, plan anual de compras y adquisiciones y el plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

La empresa da cumplimiento a la Rendición de Cuentas anual a la ciudadanía en general por parte del gerente de la entidad teniendo presente lo establecido en el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción, la Audiencia se adelanta bajo los lineamientos de metodología y contenidos mínimos establecidos por el Gobierno Nacional, los cuales son formulados por la Comisión Interinstitucional para la Implementación de la Política de rendición de cuentas creada por el CONPES 3654 de 2010.

Se cuenta con mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad, como son el programa de gestión documental y las tablas de retención documental.



NIT 891.412.134-1

La entidad posee un software de gestión documental "NET 594", usado para la recepción, radicación y direccionamiento de los documentos e información entrante y saliente de la entidad, la cual requiere de actualización o adquisición de una nueva herramienta para la gestión de documentos y administración de los archivos de la entidad.

Estado General del Sistema de Control interno

De acuerdo a los resultados obtenidos en las evaluaciones del sistema realizado durante la vigencia 2017, se concluye que el sistema se encuentra implementando, pero se requiere la intervención en diferentes aspectos a saber, teniendo en cuenta la nueva implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual es de obligatoria aplicación para la empresa.

Se debe realizar la revisión y actualización de mapa de procesos, caracterizaciones y procedimientos, incluir indicadores efectivos para su gestión.

Revisar y Actualizar el Mapa de Riesgos derivados de los cambios en los procesos y procedimientos

Actualización del Modelo de operación por cambios en procesos y procedimientos, en especial las políticas y procedimientos contables para la preparación, elaboración y presentación de los estados financieros establecidos en las NIIF por la CGN, conforme a la naturaleza y clasificación de la entidad.

La empresa debe implementar el sistema de costos, de acuerdo al estudio realizado durante la vigencia 2017, mediante el cual se establezcan los lineamientos generales que le permitan establecer el costo de los servicios que presta, y que a su vez le facilite la toma de decisiones.

Se debe dar cumplimiento a la resolución No 390 del 30 de mayo de 2017, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, y la escuela Superior de Administración Pública ESAP. Mediante la cual se actualizaron los lineamientos del Plan Nacional de Formación y Capacitación.

De acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la función Pública DAFP, el siguiente es el informe pormenorizado del control interno, correspondiente a los meses de enero y febrero de 2018, enmarcado en el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión



NIT 891.412.134-1

Se socializo la norma a los integrantes del Comité Coordinador de Control Interno y algunos funcionarios, producto de la socialización se designaron los responsables de la implementación del modelo en todas las dimensiones, se entregaron herramientas para que se realice el autodiagnóstico a cada una de las dimensiones, pero no se ha fijado un cronograma para la implementación del modelo.

YANETH PERDOMO CATAÑO

Asesora Control Interno