

Estado General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
Ambiente de Control	
La Gestión de la nueva Gerencia ha contribuido al mejoramiento de los procesos y al manejo y distribución de los recursos financieros y físicos.	Difícil situación financiera de la Institución.
La Institución mejora sus procesos y procedimientos en respuesta a sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias por parte de la ciudadanía.	Se tiene para mejorar las respuestas internas a las PQRS estableciendo un mayor rigor de tiempos de procedimiento a las mismas.
La Entidad cuenta con una Alta Dirección comprometida con el Sistema de Control Interno.	Se sigue a la espera del pronunciamiento de aprobación u objeción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud al Plan de Gestión Integral de Riesgo (PGIR).
La entidad conoce y aplica el Régimen de Contabilidad Pública.	
Evaluación del Riesgo-Actividades de Control	
Se hicieron los seguimientos correspondientes al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano 2018.	La Institución no cuenta con los Mapas de Riesgo para cada proceso.
Se realizan auditorías internas en la Institución.	Deben ejecutarse más actividades que conduzcan a la correcta implementación del MIPG en el Hospital Departamental San Rafael.
Se realizaron Autodiagnosticos del MIPG.	Se deben designar los Responsables de Liderar cada una de las dimensiones del MIPG (Acto Administrativo).
Se rindió informe de Austeridad en el Gasto correspondiente al cuarto trimestre de 2018.	

Información y comunicación	
La entidad cuenta con un área específica para la Atención al Ciudadano.	No se tienen Tablas de Retención Documental institucional actualizadas, ni socializadas.
Actividades de Monitoreo	
La entidad definió un Programa de Auditorias .	El Programa Anual de Auditorias 2018, no se ejecutó de acuerdo a lo previsto pero se avanzó un 50%.
Está constituido el comité Institucional Coordinador de Control Interno .	
El Plan de Auditorias define un universo de Auditorias y realiza una priorización de los procesos a auditar.	
Se hizo seguimiento a las actividades del PAMEC de la entidad.	Se evidencia un bajo porcentaje en el avance del PAMEC.
se Realizó actualización de los procesos de Gestión Financiera (Facturación, glosas y cartera).	Los procesos de Gestión Financiera (Facturación, glosas y cartera), se encuentran en un cumplimiento del 50%. Sin contar con el área de Urgencias la cual su cumplimiento es 0%.
Para la priorización de las auditorias se analiza los resultados de las Auditorias previas.	
Gestion Estratégica del Talento Humano	
La institución tiene claro el número de empleados y el nivel al que pertenecen.	Falta realizar la inducción y reinducción del personal.
	No se efectuan actividades de Bienestar social.

Gobierno Digital

La Institución tiene actualizado el catálogo de sistemas de información.	Aún no se realizan auditorías de seguridad de la información.
--	---

La Institución ha adoptado una política de seguridad de la información.	
---	--

Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

se le realizó seguimiento al mapa de riesgos de corrupcion .	La mayoría de los riesgos se encuentran en la parte asistencial.
--	--

Los indicadores que la Institución utiliza para hacer seguimiento y evaluación de su gestión son comprensibles para todo tipo de usuario.	
---	--

Servicio al Ciudadano

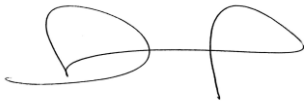
La Institución cuenta con canales de atención al ciudadano como son: presencial(oficina Siau), a través de la pagina web y por medio telefónico.	No se cuenta con un PBX interactivo
--	-------------------------------------

Participación Ciudadana

La Institución incluyo la estrategia de Rendición de Cuentas en el Plan de Acción Anual o Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	El desinterés de la comunidad en general se vió con la poca participación de los mismos (no hubo participación activa en la Rendición de Cuentas 2018) .
--	---

La Institución realizó Audiencia Publica u otras acciones de dialogo para la Rendición de Cuentas a la Ciudadanía en el 2018	
--	--

Gestión documental	
Se implementó el área de Ventanilla Única.	La Institución no ha establecido mecanismos para el riesgo de pérdida de la información soporte físico.
Fortalecimiento Institucional	
	No se ha realizado Medición de Clima Laboral en la Institución.
	No se realiza el Plan de Mejoramiento Individual con los servidores evaluados.
	El código de Integridad se encuentra desactualizado.



Luz Marina Mayor Castaño.
Control Interno
Hospital Departamental San Rafael