



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
**Cálida y Humanizada***

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA  
ASESOR DE CONTROL INTERNO

INFORME DE GESTIÓN  
ENERO 1 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025

DIEGO VELÁSQUEZ G  
Asesor de Control Interno

PEREIRA, DICIEMBRE 31 DE 2025

Página 1 de  
24

## TABLA DE CONTENIDO

### INTRODUCCIÓN

#### 1. DESARROLLO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

- 1.1 Estado del modelo estándar de control interno MECI.

#### 2. PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

#### 3. SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

- 3.1 Seguimiento a plan de mejoramiento auditoria expés por denuncia ciudadana

#### 4. INFORME CONTROL INTERNO CONTABLE

- Evaluación del Control Interno Contable

#### 5-RENDICION DE INFORMES

- Informes semestrales de Control Interno
- Informe ejecutivo anual sobre el avance del sistema de control interno Modelo estándar de Control interno DAFP
- Informe sobre Derechos de Autor
- Informe de Austeridad en el gasto publico trimestre
- Seguimiento a Plan Anticorrupción y atención al ciudadano
- Evaluación por dependencias



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
**Cálida y Humanizada***

- Rendición de la Cuenta anual consolidada Contraloría General de Risaralda.
- Seguimiento Plan Anticorrupción y atención al ciudadano

## 6. ASESORIA Y CAPACITACIONES

## 7. OTRAS ACTIVIDADES

## INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de 1991 en su artículo 209, establece que la administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señala la Ley. En 1993 se expide la Ley 87 mediante la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismo del Estado, la Ley 489 de 1998 dispuso la creación del Sistema Nacional de Control Interno.

La Ley 87 de 1993, define el Control Interno, como un sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y 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 u objetos previstos.

Mediante la expedición del Decreto 1599 de 2005 se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005", por medio de la cual se propone un Modelo Estándar de Control Interno para el sector público, de tal forma que se establezca una estructura básica de control, respetando las características propias de cada entidad, utilizando un lenguaje común para coadyuvar en el cumplimiento de sus objetivos, al tiempo que unifica criterios de control en el Estado.

La E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS, adoptó el Modelo de Control Interno mediante el acto administrativo No 056 del 28 de febrero de 2007, Igualmente con la Resolución 256 Del 22 de julio de 2014, en cumplimiento del Decreto 943 de 2014, que actualiza el Modelo estándar de Control Interno MECI, la entidad adopta el Manual Técnico del MECI y se asignan roles y responsabilidades a las instancias de participación dentro del MECI.

El Decreto 648 de 2017 del 19 de abril de 2017, modificadorio del Decreto 1083 de 2015, en su Artículo 2.2.21.3.1 determinó que El Sistema Institucional de Control Interno estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad."

En el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 648 de 2017, se modifican los roles de las oficinas de control interno o quien haga sus veces indicando que su labor se desarrollará a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.

El gobierno Nacional expidió el decreto 1499 de 2017, el cual estipula que para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, definiendo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG como el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

La actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI considera el ejercicio del control interno como transversal a las demás dimensiones. La estructura del MECI actualizado está integrada por cinco componentes teniendo como referente el modelo COSO, con una asignación clara de responsabilidades frente a la gestión de riesgos y del control, enmarcado en los Lineamientos Estratégicos y las Tres Líneas de Defensa en los cuales se involucran los diferentes niveles de la administración, no siendo una tarea sólo del responsable del control interno en la entidad.

Los componentes que contempla la actualización son: Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación y Actividades de monitoreo

## **1. DESARROLLO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

Para el desarrollo y evaluación del sistema de Control Interno al interior de la empresa, se contó con un Programa Anual de Auditorías de Control Interno, en el cual se incluyeron actividades que conllevan a verificar, los procesos y procedimientos de la empresa mediante la evaluación y seguimiento, la presentación de informes ante diferentes entes de control, y las labores de asesoría y acompañamiento, así como la asistencia a los diferentes comités a los cuales sean invitado el asesor de control interno de la ESE HOMERIS.

### **1.1 ESTADO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI DE LA E.S.E HOSPITAL MENTAL DE UNIVERSITARIO DE RISARALDA HOMERIS.**

La empresa, estableció y desarrollo su sistema de Control Interno MECI, a través de la ejecución de los elementos y productos mínimos requeridos que contempla la norma, Se evidencia un cambio sustancial en cada componente del sistema y esto tiene unas causas originadas desde la alta dirección que han entendido que una vez identificado unos puntos críticos dentro del sistema podrían ser modificado a través de estrategias claras ejecutadas, cabe mencionar las siguientes;

- Otra vigencia donde la permanencia de los contratistas en áreas tan fundamentales en la estructura organizacional de la institución, ha sido clave en los avances significativos en áreas como la de planeación, calidad y contabilidad y un área que es fundamental en la institución el área de facturación y cartera, esto ha generado un trabajo continuo y unas modificaciones al interior de las áreas que le dan respuesta a lo identificado por esta oficina en los componentes del sistema.
- Hemos pasado como institución a una tercera etapa en el tema del sistema de gestión del riesgo el de la valoración de los mismos, de aquí en adelante la tarea se relacionará en realizar seguimiento, monitoreo y control de ellos. Es necesario seguir trabajando al interior de la entidad las líneas de defensa., fundamentales en la cultura del riesgo y a su vez la del control.
- La situación financiera del hospital sigue siendo estables, los resultados reflejados en unos comportamientos desde lo presupuestal y contable que garantizan unas ejecuciones presupuestales con superávit y un balance y estado de resultados encaminados a una mejora sustancial en el tema financiero.

- Y terminada esta vigencia se logró que el hospital fuera certificado. Un reto importante para la organización mantener la acreditación, en una mejora continua de los procesos.

El Sistema de Control Interno de la E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA HOMERIS, no es un 100% efectivo para los objetivos evaluados dado que al realizar el análisis de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI, frente a las políticas de Gestión y Desempeño, y medir su efectividad se puede evidenciar que el porcentaje de implementación del modelo llega a un 70%.

Así mismo se evidencia un cambio total en diferentes aspectos como son la ejecución de los Planes de Acción, su seguimiento y evaluación, fue elaborado el plan estratégico de la institución con una herramienta metodológica para su seguimiento y evaluación, esto lo enuncio porque en vigencias pasadas era muy difícil ver el grado de avance de ejecución de los planes de acción y estratégico en la institución. Se evidencia un grado de avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano como lo indica la ley ya fue sustituido por el plan de transparencia y ética pública adelantándonos inclusive y en lo que respecta al Plan Estratégico de Talento Humano, la decisión de tener un responsable en el área de talento humano garantiza de alguna manera que los procesos al interior de esa área se cumplan y por último el tema contractual la actualización del manual de contratación y las capacitaciones que se han dado a los supervisores apuntan a que el proceso contractual tenga mejoras sustanciales, esto también tiene su origen en el plan de mejoramiento originado por la auditoría realizada por la contraloría general de Risaralda que se viene cumpliendo a cabalidad.

El componente de administración de Riesgos es el que ha presentado más acciones de mejora en la institución. Es muy plausible el cumplimiento de la normatividad exigida por la DAFP y la Superentendida en temas de riesgos, queda solamente como un reto para la administración colocar en marcha o mejor en ejecución lo que ha sido planteado en los diferentes documentos de política. Las Líneas de defensa deben de seguir interviniendo a través de sus líderes lo que garantiza que la gestión del riesgo tenga la complementariedad requerida para su éxito.

Se debe seguir integrando el desarrollo de los controles con la evaluación de los riesgos, y establecer actividades de control relevantes sobre el proceso de gestión documental, gestión de seguridad de la información, proceso de adquisición y desarrollo de tecnologías de la información, gestión contractual.



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
**Cálida y Humanizada***

La entidad debe adoptar mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las normas y regulaciones por las cuales se rige la empresa, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.



Nivel de Cumplimiento componente	<u>Estado actual:</u> Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior
63%	<p>Se documentan procesos y procedimientos, procesos de planeación (planes de acción y plan estratégico), políticas sistema de riesgos, mapa de riesgos, pamec, y actuaciones y ejecuciones en el proyectos de acreditación, pero muchos de esos procesos implementados se necesitan que sean socializados como en su primera fase, todavía hay algunos que falta socializarlos, otros vienen en procesos de ejecución pero en forma muy lenta entre otros pero no son efectivos dado que no son socializados y muchas veces se quedan solo en el papel. Se debe ejecutar y capacitar frente al tema del nuevo plan de transparencia y ética pública. Dar cumplimiento a los lineamiento de la Ley 2013 de 2019 sobre conflicto de intereses</p> <p>Socializar política de administración de riesgos y Líneas de defensa para empoderar a cada uno de los líderes responsables de procesos.</p> <p>carencia de programa de desvinculación asistida a funcionarios y algunos temas de talento humano que falta fortalecerlos ( evaluaciones de desempeño, información</p>	63%
56%	<p>Falta de monitoreo de los riesgos por parte del nivel directivo Se requiere que la alta dirección se empodere de la construcción y seguimiento a los riesgos que se presentan al interior de la entidad.</p> <p>Falta poner en marcha los mecanismos para que la 1a y 2a línea de defensa cumplan con los roles que la ley les asigna.</p> <p>falta de compromiso en la entrega oportuna de información relacionada con el avance en el cumplimiento de los planes de acción de cada área</p>	50%
71%	<p>Se deben seguir colocando en marcha los controles, claros y bien definidos que se encuentran en las políticas y así mismo en los procesos y procedimientos frente a la gestión del riesgo en la entidad.</p> <p>Se requiere mayor compromiso por parte del nivel directivo y líderes de proceso para verificar la existencia de los controles establecidos en cada proceso</p>	67%
79%	<p>La entidad debe desarrollar aún más mecanismos de información y comunicación que permiten el verdadero flujo de la información externa y la relación con los diferentes entes externos de control y vigilancia. Debe también considerar elementos del PETI en función de mejorar los procesos de información y comunicación de la entidad, no</p>	96%
82%	<p>Establecer políticas para el reporte de las deficiencias de Control Interno, empoderar a la segunda línea de defensa, sobre la obligación de monitorear el cumplimiento de los planes de mejoramiento Institucionales y por Procesos.</p>	96%

## 2. PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

El Programa Anual de Auditorias para la vigencia 2025, fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como instrumento necesario para desarrollar las actividades de evaluación y seguimiento que le corresponden al Asesor de Control Interno de la empresa, en el plan se incluyeron actividades a desarrollar por el profesional de calidad.

Se realizó la auditoria al proceso de talento humano y SIGEP a continuación relaciono las siguientes conclusiones;

### • **OBLIGACIONES DEL HOSPITAL CON RESPECTO A LOS PROCESOS DE SELECCIÓN CON LA CNSC**

- Frente a las obligaciones de la Institución con respecto a los procesos de selección con la CNSC, se evidencia que se viene cumpliendo con la normatividad, relacionada con los empleos que se encuentren vacantes para realizar los concursos de méritos. A la fecha de esta auditoria ya está cargado el formulario función pública, el 19 de mayo de 2025,
- Se han realizado las apropiaciones presupuestales con la suficiente antelación para garantizar el desarrollo de las convocatorias dirigidas a proveer las vacantes definitivas de la planta temporal (CDP No 152 del 14-05-2025 por valor de \$ 52.000.000 y un CDP para las vacancias de la planta fija enviado a la CNSC dentro de la etapa de planeación No 153 fecha 14-05-2025 por valor de \$ 68.000.000.
- Se ha desarrollado la etapa de planeación al interior de la entidad se han realizado las siguientes acciones; CDP, estudio técnico y financiero de la planta temporal y la elección de la Universidad de las Américas, la cual desarrollará, la selección de los vacantes mediante un concurso
- A la fecha de esta auditoría se tiene actualizado el manual de funciones de la planta temporal, fecha mayo 29 de 2025 y planta fija de octubre 29 de 2024 acuerdo de junta No 010.
- Después de haber efectuado dos procesos para la conformar la comisión de personal al interior de la Institución ésta a la fecha sigue sin ser conformada, por cualquier razón que se pueda exponer la normatividad es muy clara frente a este tema. Agregado a ello es necesario

que antes de terminar esta vigencia se conforme la comisión de personal, se determinar el primer hallazgo dentro de la auditoría. (Se anexa a este informe el documento emitido por la CNSC **CRITERIO UNIFICADO 2 de 6 de agosto del 2025 “ACTUALIZACIÓN DEL NUMERAL 5º DEL CRITERIO UNIFICADO “COMISIONES DE PERSONAL” DE 22 DE MAYO DE 2018.”**).

### **OBLIGACIONES DEL HOSPITAL PARA DAR APLICABILIDAD A LAS NORMAS DE CARRERA ADMINISTRATIVA.**

- Se evidencio en la revisión de las evaluaciones anuales y parciales de desempeño realizadas a los servidores públicos del Hospital que en primer lugar no se realizaron los acuerdos de objetivos, específicamente al inicio de la vigencia, por lo tanto, cuando la persona que ejercía el cargo de la Subgerencia Administrativa y Financiera sale del cargo no tenia nada que calificar porque nunca formulo objetivos con los profesionales que tenia a su cargo. El Coordinador de talento humano a la pregunta que se le hace manifiesta que la plataforma no deja hacer dicho procedimiento. Se verifico que las diferentes áreas si realizaron la evaluación de desempeño con fecha 11-02-2025.
- Se verifica que la figura de encargo que se utilizó en la resolución de nombramiento para asumir el cargo de profesional en cartera, se verifico por parte de esta oficina que se garantizó ese derecho preferencial que tiene los servidores públicos de carrera administrativa y se ajusta a las normas y jurisprudencia vigente.
- Fortalecer los canales de comunicación, en doble vía, entre los diferentes actores de la institución con el fin de afianzar los roles de los intervinientes en las actividades del registro y actualización de la hoja de vida en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II.
- Realizar campañas de divulgación relacionadas con la actualización de las hojas de vida, así como las declaraciones de Bienes y Rentas, con el fin de garantizar la oportuna diligencia de todo el personal de la ESE HOMERIS.

- Fortalecer una cultura de autocontrol en la realización de las diferentes actividades inherentes a la actualización de las bases de datos de los servidores públicos, respecto a la información registrada en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II, a fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos normativos vigentes.
- Se pudo evidenciar por parte del área Talento Humano de la ESE Hospital Universitario mental de Risaralda, que se adelantaron todas las acciones necesarias para el registro, actualización y gestión de la información en el sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II.
- Mantener el registro y actualización de las hojas de vidas activas en la entidad.
- Declaración de bienes y rentas dentro de los términos establecidos para los diferentes tipos de declaración.
- Desasociación de los contratistas en la plataforma SIGEP II, una vez finalizados los contratos por prestación de servicios.
- Se hace necesario establecer la periodicidad para la revisión de las historias laborales.
- En temas como rotación de personal (relación entre ingresos y retiros), movilidad de personal (encargos y comisiones de servicio, de estudio, reubicaciones y estado actual de situaciones administrativas) ausentismo (enfermedad, licencias, permisos), pre pensionados, cargas de trabajo, por empleo y por dependencia y minorías étnicas, no se trabajan en el Hospital por parte del área de talento humano, se. aduce que estos temas, han sido identificadas y hacen parte de los planes de mejoramiento que se vienen adelantando en el tema de acreditación institucional.
- Frente al tema de los acuerdos de gestión, estos no han sido implementados en el hospital de alguna manera se viola la ley el marco normativo.
- No se evidencia que se realice una medición del clima laboral (cada dos años máximo y la correspondiente intervención de mejoramiento

Tener en cuenta la oportunidad para presentar la declaración de bienes y rentas de tipo “*Periódica*” para Servidores Públicos de orden nacional, de conformidad con el Decreto 1083 de 2015, el

Página 12 de

24

“Instructivo para el diligenciamiento de la Declaración de Bienes y Rentas en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP”, y conforme lo señalado en el decreto 484 de 2017 “Por el cual se modifican unos artículos del Título 16 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública” Artículo 2.2.16.4. la oportunidad de presentación corresponde a:

a) *Servidores públicos de las entidades y organismos públicos de orden nacional entre el 1° de abril y el 31 de mayo de cada vigencia”.*

Fortalecer los controles en cuanto al seguimiento de la declaración de bienes y rentas por retiro, antes del vencimiento del término establecido por el procedimiento “GTH-PR010 Desvinculación del personal”, generando alertas preventivas al personal desvinculado que no hayan realizado el respectivo registro, con el fin de cumplir oportunamente al 100% de la declaración de bienes y rentas por retiro, y dar estricto cumplimiento a lo establecido en el procedimiento “GTH-PR-010 Desvinculación del personal”, previniendo posibles incumplimientos.

En la siguiente tabla se muestra la ejecución del Programa de Auditorías de la Oficina de Control Interno, el cual arrojó un porcentaje del 85%.

LINEA DE AUDITORIA	Periodicidad	Actividades planeadas	Actividades ejecutadas	Porcentaje
Auditoria de gestión de talento humano	Anual	1	1	100%
Auditoria de la gestión del servicio de aseo en la institución.	Se realiza en el mes de Julio-septiembre - Diciembre	1		0%
Arqueos caja menor -facturación	marzo-diciembre	9	1	10%
Auditoria de seguimiento a los planes de mejoramiento de las auditorías externas.	Se realiza en el mes de Julio-septiembre - Diciembre	1	1	100%

Auditora de la Gestión de cartera	julio-Diciembre	1		0%
<b>Seguimientos</b>				
Seguimiento a Planes de mejoramiento Institucional	Anual	2	2	100%
Seguimiento Cumplimiento Programa de transparencia y ética pública decreto 1122 dl 30 de agosto de 2024	Semestral	2	1	50%
Realizar seguimientos a la ejecución del Plan de Acción Institucional	Semestral	2	1	50%
<b>Informes de Ley</b>				
Informe Ejecutivo Anual Evaluación del Sistema de Control Interno de cada vigencia.	Anual	1		0%
Informe Semestral de Evaluación del Sistema de Control Interno. Publicado en: página web de la E.S.E. Ley 1474 de Julio 12 de 2011, art 9	Semestral	2	1	50%
Evaluación y Seguimiento Austeridad en el Gasto. Reportar al Representante Legal (Decreto 26 y 1737 de 2008 Presidencia de la República) (decreto 984 de 2012) (Decreto 1068 de 2015)	Trimestral	4	3	75%
Informe Control Interno Contable. Publicar en : CHIP Contaduría General dela Nación	Anual	1	1	100%
Informe Contraloría General de Risaralda sobre Avances Plan Mejoramientos suscritos con entes de control	Anual	1	1	100%
Informe Cuenta Anual Consolidada Contraloria General de Risaralda 2024	Anual	1	1	100%
Informe evaluación por Dependencias, (Ley 909 de 2004 art 39.inc2),( Decreto 1227 de 2005, articulo 52) (Circular 04 de septiembre 27 de 2005 Consejo Asesor	Semestral	1	1	100%

Gobierno nacional en Control Interno)				
Informe de rendición de cuentas está establecida en la Ley 1757 de 2015, también conocida como el Estatuto de Participación Ciudadana. Además, el Decreto 230 de 2021 creó el Sistema Nacional de Rendición de Cuentas (SNRdC).	Semestral	1	1	100%
Cumplimiento del Decreto 1716 de 2009, en cuanto al seguimiento de Comités de Conciliación	Semestral	2	1	50%
Informe Derechos de Autor Software. Publicar en : Pag web Dirección Nacional de Derechos de Autor	Anual	1	1	100%
Informe semestral de seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos sugerencias y denuncias PQRS, ART 76 Ley 1474 de 2011.	Semestral	2		0%
diligenciar el Formulario de Reporte de Avances Sistema de Control Interno a través del aplicativo FURAG II, correspondiente a la vigencia 2024	Anual	1	1	100%
Informe sobre posibles hechos de corrupción que haya encontrado en el ejercicio de sus funciones. (Ley 1474 de 2011 art 9, modificado por el art 231 del Decreto Nal 019 de 2012)	Cuando se determinen	0	0	0%
Evaluación y Seguimiento al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público "SIGEP" Seguimiento permanente (Decreto 2842 de 2010) (Ley 1083 de 2015 art 2.2.17)	1	1	1	100%
<b>ASISTENCIA A COMITES</b>				

comité Institucional Coordinador de Control Interno	Cuando se determine	2	2	100%
Asistencia a Juntas Directivas de la E.S.E HOMERIS Artículo 2.2.2.1.7.4 Decreto 1605 de 2019	Cuando se determine	12	10	80%
Comité de Defensa Jurídica, con voz pero sin voto.	Cuando se determine	24	19	79%
A los demás Comités que sea invitada, con voz pero sin voto. Artículo 2.2.21.7.3 Decreto 338 de 2019	Cuando se determine	0	0	0%
Comité de Auditoria Gobernación de Risaralda.	Cuando se determine	5	4	90%
<b>OTRAS ACTIVIDADES</b>				
Participación del proceso de acreditación del Hospital	Cuando se requiera	12	10	80%
<b>ASESORIAS</b>				
Riesgos-líneas de defensa	nd	1	1	100%
Fomento de la cultura de control	nd	1	1	100%

### 3. SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

Corresponde al Jefe de Control Interno dentro de sus funciones, realizar seguimiento y evaluación a los Planes de Mejoramiento Institucional que suscriba la E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS, producto de las auditorías realizadas por los diferentes entes de control sea departamental o Nacional, con el fin de verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones de mejoras propuestas por la entidad, a fin de subsanar los hallazgos determinados.

Es necesario precisar que durante la vigencia 2024-2025, se suscribió un plan de mejoramiento con entes de control externo (Contraloría General de Risaralda, por lo tanto, se realizó seguimiento a dicho plan. A continuación, relaciono el seguimiento efectuado a dicho plan.

#### 3.1 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA REALIZADA- CONTRALORÍA GENERAL DE RISARALDA.

La Contraloría General del Risaralda, realizó en la vigencia 2024-2025, en la cual se determinaron (5) hallazgos administrativos.

**RESULTADO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

<b>RESULTADO EVALUACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO</b>			
<b>VARIABLES A EVALUAR</b>	<b>Calificación Parcial</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Puntaje Atribuido</b>
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	88,9	0,20	17,8
Efectividad de las acciones	88,9	0,80	71,1
<b>CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		<b>1,00</b>	<b>88,89</b>
<b>Concepto a emitir cumplimiento Plan de Mejoramiento</b>		<b>Cumple</b>	

#### 4. INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Entidad 124266000 - E.S.E. Hospital Mental de Risaralda - Pereira  
 Periodo 01-01-2024 al 31-12-2024  
 Ambito GENERAL  
 Categoría EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONTABLE  
 Formulario CGN2016\_EVALUACION\_CONTROL\_INTERNO\_CONTABLE  
 Nivel 1  
 Envío número 4564063  
 Fecha recepción 2025-02-28 14:07:08



	CODIGO	NOMBRE	CALIFICACION	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR CRITERIO(Unidad)	CALIFICACION TOTAL(Unidad)
⊖	1	ELEMENTOS DEL MARCO NORMATIVO				4.18
⊖	2	VALORACIÓN CUALITATIVA				

En cumplimiento a la Resolución No 357 de 2008, expedida por la Contaduría General de la Nación, por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la Contaduría general de la Nación, se diligenció y remitió a través del sistema consolidado de hacienda e información pública CHIP, en el mes de febrero de 2025, la evaluación del control interno contable de la E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS, que permitió determinar la calidad y el nivel de confianza al sistema contable de la entidad con corte al 31 de diciembre de 2024.

La Evaluación del Control Interno Contable, correspondiente a la vigencia 2024 presentó calificación promedio de sobre, situándolo en el rango ADECUADO.

Igualmente se determinaron las siguientes fortalezas, debilidades, avances y recomendaciones frente al proceso contable de la E.S.E.

FORTALEZAS	SI	El equipo del área contable es competente e idóneo para realizar el trabajo del área. Se sigue contando con un software denominado Dinámica que es el soporte de las operaciones financieras de la entidad, ya se cuenta con un Contador el cual tiene una estabilidad en la entidad, por tal motivo se está trabajando en organizar la información contable y en el apoyo de los procesos transversales.
DEBILIDADES	SI	El sistema de riesgos contables ya se cuenta documentado y desarrollado, sin embargo esta en proceso la implementación y seguimiento del mismo, no se han identificado los riesgos al interior del proceso, al mismo tiempo se pone en riesgo la calidad de la información que se produce, de igual manera no se identifican los eventos que representan amenazas, manual de procesos y procedimientos desactualizados.
AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE	SI	Seguimiento contable en la aplicación del software verificando que todos los procesos en los módulos estén operando, se han elevado solicitudes al proveedor del software que permiten mejorar las conciliaciones, ya se cuenta con un paso a paso por parte del proveedor donde en una empresa demo se pueda realizar la prueba de organizar los saldos iniciales en el módulo de activos fijos.
RECOMENDACIONES	SI	Implementar el mapa de riesgo del proceso contable- Actualizar el manual de los procesos y procedimientos contables- Ser incluyente los temas contables en el plan de capacitación de la vigencia- Establecer políticas de autocontrol- Dentro del proceso de Gestión documental realizar el procedimiento de custodia de la información contable como exige la normatividad- Para realizar la medición del valor de los activos se hace necesario la contratación de un profesional para dicho proceso.

No se han identificado los riesgos del proceso contable, que pueden poner en riesgo la calidad de la información, así como los eventos que representan amenazas para el cumplimiento del proceso contable, para ello se debe revisar y actualizar procesos y procedimientos contables.

Entre algunas recomendaciones que se determinaron están las siguientes;

- Implementar el mapa de riesgo del proceso contable –
- Actualizar el manual de los procesos y procedimientos contables-

- Ser incluyente los temas contables en el plan de capacitación de la vigencia-
- Establecer políticas de autocontrol-
- Dentro del proceso de Gestión documental realizar el procedimiento de custodia de la información contable como exige la normatividad-
- Para realizar la medición del valor de los activos se hace necesario la contratación de un profesional para dicho proceso.

## 5. RENDICION DE INFORMES

El Artículo 2.2.21.4.9 de la Ley 648 de 2017, establece que los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan en el Programa Anual de Auditorias aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

En ejercicio de la labor encomendada, se presentaron los informes de ley que deben rendirse de acuerdo al cronograma de informes de la Oficina de Control Interno:

- **Informes semestrales de Control Interno**

Durante la vigencia 2025, la oficina de control Interno cumplió con la elaboración y publicación del informe semestral de Control Interno en los términos establecidos en la Circular Externa No 100-006 de 2019 expedida por Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, con el fin de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, por ello se realizó y público en el mes de Enero de 2026 el informe semestral correspondiente al periodo del 1º de Julio al 31 de Diciembre el cual arrojó una calificación del 70% y puede ser consultado en la página web de la institución.

- **Informe ejecutivo anual sobre el avance del sistema de control interno Modelo estándar de Control interno DAFP.**

La metodología para la elaboración y presentación del informe de gestión de la jefe de control interno de la empresa, se ciñó a los lineamientos formulados por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, para la vigencia 2025, se aplicó la nueva versión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión que tiene aplicación territorial, por lo tanto, se diligenció el FURAG II, el cual

presenta dos mediciones una por parte de la oficina de control Interno, y la otra por el área de Planeación de la E.S.E., dichas mediciones parten del nuevo MIPG.

Se realizó la evaluación del Sistema de Control Interno, a través del ingreso al aplicativo que dispuso la función pública accediendo al portal del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2024

Función Pública | Furag

El Departamento Administrativo de la Función Pública

**CERTIFICA**

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA - PEREIRA

DEPARTAMENTO: Risaralda

MUNICIPIO: PEREIRA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno

NOMBRE DILIGENCIADOR: DIEGO VELASQUEZ GUTIERREZ con C.C No.10120319

HABILITADO DESDE - HASTA: 14/03/2025 - 25/04/2025

VIGENCIA REPORTADA: 2024

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,



**LUZ DAIFENIS ARANGO RIVERA**  
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional

Url: <http://furag.funcionpublica.gov.co/furag/#reportes/verificar-certificado/840105-0595-4522-a20b-64017559b0aa>

Fecha de impresión: 07/04/2025 Hora: 13:43 Página 1 / 1

Carrera 6 No. 12-42, Bogotá D.C., Colombia | Teléfono: 7305559 | Fax: 7305937 | Línea gratuita: 018000 917 770 | Código Postal: 111711  
[www.funcionpublica.gov.co/](http://www.funcionpublica.gov.co/) [mae@funcionpublica.gov.co](mailto:mae@funcionpublica.gov.co)

Los resultados del FURAG, fueron entregados por parte de la DAFP en el mes de mayo, arrojando la siguiente información.

Cabe señalar que la institución recibió una calificación de % para la vigencia 2025, que comparándola con todas las entidades que fueron calificadas, podría afirmarse que estamos por encima del promedio de las entidades territoriales, pero por debajo de los pares, es decir de los demás hospitales.

**Hospital mental de Risaralda 56,3%**

### COMPARATIVO DEL INDICE DE DESEMPEÑO POR VIGENCIAS

VIGENCIAS	INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
2020	54.5
2021	56.8
2022	52.6
2023	59.9
2024	56.3

Porcentaje de calificación grupo par 70.23%

Hospital mental de Risaralda 59.9%

### INDICES GESTIÓN Y DESEMPEÑO POR DIMENSIÓN

DIMENSION	PUNTAJE	PUNTAJE GRUPO PAR
Talento Humano	59.4	65.7%
Direccionamiento estratégico y de planeación	72.7%	78.7%
Gestión para resultados con valores	46.0%	66.7%
Evaluación de resultados	63.2%	72.1%
Información y comunicación	49.3%	64.4%
Gestión del conocimiento	44.7%	45.0%
Control Interno	73.1%	75.0%

### INDICES DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO

POLITICAS	PUNTAJE	PUNTAJE GRUPO PAR
Gestión del talento Humano	62.9%	73.7%
Integridad	57%	58.8%
Planeación Institucional	73.5%	80.1%
Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	60.9%	73.4%
Gobierno digital	54.2%	80.7%
Seguridad digital	52.6%	61.4%
Servicio al ciudadano	63.4%	62.5%

Racionalización de trámites	29.9%	69.9%
Participación ciudadana en la gestión pública	23.3%	52.7%
Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	37.5%	70.4%
Trasparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	63.2%	72.1%
Gestión documental	52.5%	69.9%
Gestión del conocimiento	44.7%	45.0%
Control interno	73.1	75.1%

- **INFORME SOBRE DERECHOS DE AUTOR.**

**Respetado(a) Usuario(a):**  
**Jhon Jairo Naranjo Ramirez**  
**E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda**  
**Pereira (Risaralda)**

Le informamos que luego de verificar en nuestros archivos, se encontró que efectivamente el 18-03-2025 usted remitió ante la Dirección Nacional de Derecho de Autor, con éxito el informe de software legal, con los siguientes datos:

- Se elaboro informe de derechos de autor con la metodología establecida y se envió a la página web indicada.

**CONCLUSIONES:**

- ✓ Como resultado del proceso de revisión realizado al uso de software y derechos de autor en la E.S.E Hospital Mental de Risaralda, se puede concluir que en términos generales la entidad cumple con la normatividad y tiene mecanismos de control implementados para el control del software instalado.
- ✓ La oficina de sistemas tiene aplicadas políticas de restricción en la instalación de software. Prohibiciones en la reversión de software y permisos básicos del usuario local de la máquina.
- ✓ Se evidenció que persiste la falta de integridad entre la información arrojada por el sistema de DINAMICA GERENCIAL en el módulo de inventario, y la suministrada por área de sistemas de servicios de tecnología de la información.
- ✓ Los softwares que se dan de baja en la entidad, son almacenados y custodiados por la Oficina de sistemas.



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
**Cálida y Humanizada***

- Tener comunicación directa entre las Oficina de Sistemas y de Activos con el fin de mantener actualizada la información de los equipos vigentes
- Cuando un equipo de cómputo o software cumple con los criterios para ser dada de baja; ya sea por obsolescencia o daño, el grupo de sistemas emita un informe a Almacén General, quien debe ejecutar el respectivo procedimiento.

- INFORME DE AUSTERIDAD DEL GASTO DE LA VIGENCIA**

Dentro de los términos establecidos por la Ley, se realizaron los seguimientos a la austeridad en el gasto público de la empresa, verificando los servicios personales asociados a la nómina, servicios personales indirectos, viáticos y gastos de viaje, mantenimiento, servicios públicos. Este ejercicio se realizó en forma trimestral. Se realizaron a la fecha de entrega de este documento tres informes de austeridad del gasto, a continuación relaciono el cuadro de austeridad del tercer trimestre de la vigencia 2025 .

AUSTERIDAD DEL GASTO JULIO A SEPTIEMBRE 2025					
Item	Descripción	Comparación 2024- 2025		Variación	
		Tercer Trimestre 2024	Tercer Trimestre 2025	Absoluta	Relativa %
1	Gastos de personal asociados a la nómina	1,202,753,814.00	1,350,323,515.00	\$ 147,569,701	12
2	Servicios Personales Indirectos	641,560,137.00	1,102,558,581.00	\$ 460,998,444	72
3	Materiales y Suministros	63,338,587.00	92,992,181.00	\$ 29,653,594	47
4	Mantenimiento	124,921,378.00	178,453,622.00	\$ 53,532,244	43
6	Impresos y Publicaciones	379,145.00	2,977,200.00	\$ 2,598,055	685
7	Servicios Públicos	40,199,351.75	55,342,432.55	\$ 15,143,081	38
8	Seguros	818,159.00	1,562,700.00	\$ 744,541	91
9	Arrendamientos y Cuotas de Administración	0.00	0.00	\$ -	#¡DIV/0!
10	Viáticos y Gastos de Viaje	2,489,496.00	740,481.00	\$ (1,749,015)	-70
11	Capacitación, Bienestar Social y Salud Ocupacional	20,445,300.00	51,752,800.00	\$ 31,307,500	153
12	Correspondencia, comunicaciones y transporte	9,076,900.00	31,545,050.00	\$ 22,468,150	248
13	Gastos Financieros	19,388.00	9,818.00	\$ (9,570)	-49
<b>Totales</b>		<b>\$ 2,106,001,656</b>	<b>\$ 2,868,258,381</b>	<b>\$ 762,256,725</b>	<b>36</b>

Se realizaron las observaciones frente a los hallazgos determinados, a fin de que fueran subsanados.

Los informes elaborados corresponden, a tres trimestres de 2025, y pueden ser consultados en el siguiente link: <https://homeris.gov.co/informes-de-austeridad/> ., debo manifestar que el último informe no se realizó, porque el insumo para ello es la ejecución presupuestal a cierre de 2025. La cual se hará ga finales del mes de enero y principios de febrero, fecha en la cual ya no ejerzo el cargo de jefe asesor de la oficina de control interno.

#### - **SEGUIMIENTO AL PLAN DE TRANSPARENCIA Y ETICA PÚBLICA**

La Ley 1474 de 2011. (Ley anticorrupción) establece los mecanismos para evitar la corrupción en el sector público y privado. Pese a los esfuerzos su implementación es compleja por lo cual se complementa con otras leyes como la Ley 2195 de 2022. (Crea el PTEP) y el Decreto 1122 de 2024. (Deroga el Plan Anticorrupción que era el mecanismo para realizar el seguimiento en las entidades del orden público Nacional, Departamental y municipal. Es de anota y recalcar, felicitando al área de planeación que fue perentoria desde el momento en que salió la normatividad, de forma inmediata se preparo y elaboro bajo el nuevo esquema el plan de transparencia y ética pública, frente a los planes de vigencias anteriores del plan anticorrupción, los seguimientos efectuados a los mismos, están consignados en el equipo que fue asignado a la oficina de control interno, y se encuentran en la dirección Z/ CONTROLINTERNO- 2022-2023-2024, es de anotar que en las vigencias anteriores no se ha dado ningún acto de corrupción identificado por esta oficina .

El programa de Transparencia y Ética Pública-PTEP es el conjunto de acciones que una entidad define e implementa para promover, al interior de la organización, una cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos de corrupción que se presentan en el desarrollo de su misionalidad.

A finales de 2024 la E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda elaboró el PTEP con el fin de poder realizar una transición tranquila y tener los mecanismos necesarios para realizar la medición adecuada durante el año 2025.

A continuación, se relacionan los avances de las actividades planteadas en cada uno de los componentes del Plan.

**Componente 1: Mecanismos para la transparencia.** Hay avance en la mayoría de las acciones planteadas, aún está pendiente la creación del espacio para comunidades indígenas en la página web. Ha sido complejo lograr la traducción del material por parte de los miembros de la comunidad indígena. Al igual que el tema de la lengua de señas, existe una persona contratada a través de “Callejando por la vida” que cumple con la función de traductor en caso de necesitarse. Sin embargo, está pendiente elaborar el material audiovisual para la traducción de derechos y deberes, así como la documentación de este procedimiento.

**Componente 2: En la rendición de cuentas.** se surtió todo el protocolo solicitado por el Manual del DAFP para tal efecto, Se realizó el primer informe de consulta de expectativas de la información a los grupos de interés para la realización de la rendición de cuentas en el mes de marzo.

Como jornada interinstitucional se invitó a la coordinadora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la Gobernación de Risaralda y a la Coordinadora de talento humano a participar de la jornada de celebración del día del servidor público como jurados de la actividad lo cual permite compartir experiencias exitosas en el proceso de rendir cuentas a los grupos de interés teniendo en cuenta que los funcionarios y colaboradores hacen parte del grupo de interés cliente interno.

**Componente 3: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.** Se elaboró el plan de transparencia del año 2025, y mantenerla actualizada en la página web.

Aún está pendiente la elaboración del instructivo de los procesos institucionales E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda a cargo la atención a la ciudadanía, que determine el proceder operativo ante fallas del sistema y caída del internet, es un trabajo que incluye varias áreas y ha sido difícil reunir las

Desde el área de SST se gestionó ante la gerencia la autorización para la compra de la señalética institucional con el fin de cumplir con la normatividad, la cual ya fue instalada.

Aún está pendiente la elaboración del manual de servicio a la ciudadanía, es un documento que debe ser construido de manera participativa. Y su posterior obligación contractual.

Se solicitó ante la asociación de hospitales una capacitación para el personal que atiende a la ciudadanía un curso para fortalecer las competencias.

Se cumplió con la realización segundo concurso “darle valor a lo público”, en el marco de la celebración del mes del servidor público entre otras actividades se elaboró un curso virtual para todos los funcionarios que fortalece las competencias en atención al usuario. Adicionalmente, proporcionaba insumos para la participación en el concurso. Finalmente se establecieron dos categorías. “historias inspiradoras” para enaltecer la labor de los funcionarios que dan más allá de lo esperado mediante unos vídeos, y la otra categoría por presentar una propuesta innovadora con base a lo aprendido en el curso categoría a la que solo se presentó una persona. Se contó con 2 premios de \$100.000 representados en bonos para los ganadores La Ley 1474 de 2011. (Ley anticorrupción) establece los mecanismos para evitar la corrupción en el sector público y privado. Pese a los esfuerzos su implementación es compleja por lo cual se complementa con otras leyes como la Ley 2195 de 2022. (Crea el PTEP) y el Decreto 1122 de 2024. (Deroga el Plan Anticorrupción que era el mecanismo para realizar el seguimiento en las entidades del orden público Nacional, Departamental y municipal.

Aún está pendiente la elaboración del manual de servicio a la ciudadanía, es un documento que debe ser construido de manera participativa. Y su posterior obligación contractual.

Se solicitó ante la asociación de hospitales una capacitación para el personal que atiende a la ciudadanía un curso para fortalecer las competencias.

Se cumplió con la realización segundo concurso “darle valor a lo público”, en el marco de la celebración del mes del servidor público entre otras actividades se elaboró un curso virtual para todos los funcionarios que fortalece las competencias en atención al usuario. Adicionalmente, proporcionaba insumos para la participación en el concurso. Finalmente se establecieron dos categorías. “historias inspiradoras” para enaltecer la labor de los funcionarios que dan más allá de lo esperado mediante unos

vídeos, y la otra categoría por presentar una propuesta innovadora con base a lo aprendido en el curso categoría a la que solo se presentó una persona. Se contó con 2 premios de \$100.000 representados en bonos para los ganadores.

#### **Componente 4: Racionalización de trámites.**

Se han publicado de manera frecuente en redes sociales los vídeos existentes sobre cómo realizar los trámites (solicitud de citas y solicitud de certificados laborales) para difundirlos y que se ahorre tiempo y dinero en desplazamiento para los usuarios.

**Componente 5: Apertura de información y datos abiertos.** Se ha realizado el cargue de datos abiertos al sistema nacional.

**Componente 6: Participación e innovación en la gestión pública.** No hay avances en este componente aún.

**Componente 7: Promoción de la integridad y ética pública.** Se ha realizado la divulgación de los valores del código de integridad.

**Componente 8: Gestión del riesgo.** Se realizó la actualización de la política de riesgos y el manual del sistema integrado de gestión del riesgo, para incluir la metodología AMFE del ICONTEC para la gestión y seguimiento de los riesgos asistenciales. Y se dio continuidad al proceso de implementación de la matriz de riesgos del DAFP para la gestión y seguimiento de los demás subsistemas. Actualmente se cuenta con dos matrices de riesgos, y se están priorizando cuales se intervienen y en qué orden puesto que, se cuenta con alrededor de 300 riesgos identificados entre las matrices.

Se continua con el proceso de verificación de proveedores a través de la plataforma INFORMA.

**Componente 9: Medidas de debida diligencia y prevención del lavado de activos.**  
A la fecha no hay avances en este componente.

**Componente 10: Iniciativas adicionales.** No hay avances a la fecha en este

**CONCLUSIONES:**

- A finales de 2024 la E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda elaboró el PTEP con el fin de poder realizar una transición tranquila y tener los mecanismos necesarios para realizar la medición adecuada durante el año 2025.
- En la primera medición los 10 componentes que conforman el Plan de Transparencia y ética pública llevan un grado de avance aceptable para llevar un periodo tan corto de tiempo para su implementación

Cabe recordar que este plan se incorpora o mejor hace parte del Sistema de Riesgos de la institución

• **SEGUIMIENTO AL PLAN INSTITUCIONA**

N°	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ACTIVIDADES ESTRATEGICAS	ACCIONES	META 2025	META A 2028	COSTO A DIC 2025	RESPONSABLE	I TRIM						% DE CUMPLIMIENTO I TRIM	% DE CUMPLIMIENTO II TRIM	EVIDENCIA I TRIM	EVIDENCIA II TRIM
										I TRIM			II TRIM						
										Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio				
	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS.	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. El informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios. Res. 408 de 2018.	Toma de decisiones informadas y documentadas mediante el uso de la información contenida en los RIPS.	Consolidación de la información completa, oportuna y veraz de manera bimestral.	5	12	Sub. asistencial.	1	0	0	1	0	0	0,0	25,0	Durante el trimestre evaluado se consolidó la información total del año 2024. No se ha consolidado ni evaluado el primer trimestre 2025.	Durante la junta directiva del 29 de mayo se realizó la presentación del informe de RIPS correspondiente al I trimestre de 2025. en el cual se mostraron avances en la mejora de los indicadores de estancia hospitalaria y asignación de citas médicas por especialista.		
				Presentación de informes bimensuales de la información de RIPS.	5	12		1	0	0	1	0	0	20,0	25,0	Se presentó ante la junta directiva el informe consolidado de 2024.	Se presentó ante la junta directiva el informe correspondiente al primer trimestre de 2025, el 29 de mayo de 2025.		
				Seguimiento a la efectividad de las acciones tomadas en procura del mejoramiento del servicio.	5	12		1	0	0	1	0	0	20,0	25,0	Durante el trimestre evaluado se consolidó la información total del año 2024 para el informe 2193. No se ha consolidado ni evaluado el primer trimestre 2025.	Se consolidó la información correspondiente al primer trimestre de 2025, evidenciando un leve incremento en la producción de consulta externa en medicina general y especializada electiva, y un incremento del 18% en la consulta especializada urgente con el fin de dar celeridad a la definición de conducta de los pacientes comentados y buscando incrementar UVR. sin embargo, comparada la producción de UVR vs el mismo periodo de 2024 ha disminuido.		
	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE auditadas en la vigencia objeto de la evaluación. Res. 408 de 2018.	Mejoramiento de la calidad de la atención al usuario mediante el cumplimiento estricto de las GPC.	Actualización en asocio con la academia de 2 GPC.	1	2	Sub. asistencial.	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	No hubo avances en el proceso.	No hubo avances en el proceso.		
				Verificación del cumplimiento de las actividades del auditor médico.	4	10		1	1	1	1	1	1	25,0	25,0	Se realizó la asignación de horas administrativas al Dr Stiven García para la realización de la auditoría de HC. Se realizó la auditoría de HC de manera mensual en el primer trimestre de 2025. Adjunta evidencias.	Se realizó la asignación de horas administrativas al Dr Stiven García para la realización de la auditoría de HC. Se realizó la auditoría de HC de manera mensual en el segundo trimestre de 2025. Adjunta evidencias.		
				Capacitación al personal de médicos generales y especialistas sobre la necesidad de la adherencia a las GPC institucionales	2	6		0	0	0	0	0	1	0,0	50,0	No hubo avances en el proceso. Se solicita programar para el mes de mayo los siguientes temas: Retroalimentación al personal médico sobre la adherencia a guías de manejo. Presentación del Plan de mejora para el adecuado registro de los signos vitales de los usuarios en consulta. 3) Retroalimentación sobre la guía de prevención de fugas. Retroalimentación sobre la guía de prevención del suicidio.	Se realizó la retroalimentación y capacitación a los médicos y psiquiatras sobre el plan de mejoramiento el día 5 de junio. 2) Se presentó el plan de mejora sobre adherencia. 3) Guía de prevención de fugas. 4) y guía de prevención del suicidio.		
			Seguimiento periódico oportuno a las HC mediante la auditoría.	4	1		1	1	1	1	1	25,0	25,0	Se realizó la auditoría de HC durante el primer trimestre.	Se realizó la auditoría de HC durante el segundo trimestre.				





**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
Cálida y Humanizada*

1 Presta servicios de salud mental humanizados y con calidad.

			Retroalimentación al plan de mejora institucional resultado de la auditoría HC.	2	14			0	0	0	0	0	0	0	1	0,0	25,0	No hubo avances.	Capacitación realizada el día 05 de junio
	Evaluación de aplicación de Guía para prevención de suicidios en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios).	Número de historias clínicas de pacientes ambulatorios y hospitalizados tratados en la ESE con intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación, a quienes se les aplicó estrictamente la guía para prevención de suicidios adoptada por la entidad / Total de historias clínicas de pacientes que registraron intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación. Res. 408 de 2018.	Capacitación al personal de médicos especialistas, generales, y personal de enfermería sobre la necesidad de la aplicación del protocolo de prevención de suicidio institucional.	2	6			0	0	0	0	0	0	0	1	0,0	50,0	No hubo avances en el proceso. Se solicita programar para el mes de mayo los siguientes temas: 1) Retroalimentación al personal médico sobre la adherencia a guías de manejo. 2) Presentación del Plan de mejora para el adecuado registro de los signos vitales de los usuarios en consulta. 3) Retroalimentación sobre la guía de prevención de fugas. 4) Retroalimentación sobre la guía de prevención del suicidio.	1) Se realizó la retroalimentación y capacitación a los médicos y psiquiatras sobre el plan de mejoramiento el día 5 de junio. 2) Se presentó el plan de mejora sobre adherencia. 3) Guía de prevención de fugas. 4) y guía de prevención del suicidio.
		Mejoramiento de la calidad en la atención al usuario y de la seguridad del paciente mediante el cumplimiento estricto de la guía de prevención del suicidio.	Realizar seguimiento periódico oportuno a las HC mediante la auditoría.	4	10	Sub. asistencial.		1	1	1	1	1	1	1	1	25,0	25,0	1) Se realizó la asignación de horas administrativas al Dr Stiven García para la realización de la auditoría de HC. 2) Se realizó la auditoría de HC de manera mensual en el primer trimestre de 2025. Adjunta evidencias.	1) Se realizó la asignación de horas administrativas al Dr Stiven García para la realización de la auditoría de HC. 2) Se realizó la auditoría de HC de manera mensual en el segundo trimestre de 2025. Adjunta evidencias.
			Retroalimentación al plan de mejora institucional resultado de la auditoría HC.	4	10			0	0	0	0	0	0	0	1	0,0	25,0	No hubo avances en el proceso. Se solicita programar para el mes de mayo los siguientes temas: 1) Retroalimentación al personal médico sobre la adherencia a guías de manejo. 2) Presentación del Plan de mejora para el adecuado registro de los signos vitales de los usuarios en consulta. 3) Retroalimentación sobre la guía de prevención de fugas. 4) Retroalimentación sobre la guía de prevención del suicidio.	1) Se realizó la retroalimentación y capacitación a los médicos y psiquiatras sobre el plan de mejoramiento el día 5 de junio. 2) Se presentó el plan de mejora sobre adherencia. 3) Guía de prevención de fugas. 4) y guía de prevención del suicidio.
	Oportunidad en la consulta psiquiátrica.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido en consulta de psiquiatría y la fecha para la cual es asignada la cita, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la institución en la vigencia objeto de la evaluación. Res. 408 de 2018.	Ampliación de la oferta institucional de consulta psiquiátrica.	1	4	Sub. asistencial.		0	2	0	0	0	0	0	0	100,0	100,0	1) Contratación del Dr. Juan David Morales psiquiatra. 2) Con tratación de la Dra Marcela Benavidez psiquiatra.	Actividad cumplida en el trimestre anterior
		Mejorar la calidad de atención al usuario especialmente de la accesibilidad a los servicios de salud especializados.	Ampliación de los horarios de atención para otras disciplinas.	1	3			0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	Ante la reducción de contratos para prestación de servicios de rehabilitación y terapia complementarios se reorganizaron funciones y se redujo un tiempo y medio de psicología y medio tiempo de terapia ocupacional, mientras se gestionan mejores condiciones contractuales con las ERP.	No hubo avances en el proceso.
	Promoción de los derechos y deberes.	Jornadas de socialización realizadas / Jornadas de socialización programadas. Res. 13437 01 de noviembre de 1991.	Socializaciones periódicas de los derechos y deberes en las salas de espera y servicios de urgencias y hospitalización.	100	200	Sub. asistencial.		10	10	10	10	10	10	10	10	25,0	25,0	1) Se realizan diariamente por parte de los auxiliares de enfermería en cada servicio. 2) Se socializa un debe y un derecho diferente cada mes.	Se da continuidad al proceso de divulgación mensual.
		Mejoramiento de la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios.	1) Recordatorios de los derechos y deberes a los usuarios en otros canales de atención como Call center, las ventanillas de facturación y de atención al usuario. 2) Ascensores y pantallas.	100	200	SIAU.		10	10	10	10	10	10	10	10	50,0	100,0	1) En los recordatorios de citas de consulta externase difunden los derechos y deberes de lo usuarios.	1) Se instalaron las artes de derechos y deberes del usuario, en las puertas de los ascensores de toda la institución. Actividad cumplida.
			Creación y socialización de piezas gráficas y contenidos audiovisuales con los derechos y deberes en la página web y las redes sociales de la institución.	12	15			0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	No hubo avances	No hubo avances
	Imagen reputacional	Número de comunicaciones realizadas / Número de comunicaciones programadas. Res. 5095 del 19 de noviembre de 2011 Manual de acreditación.	Elaboración y ejecución del plan de comunicaciones institucional.	2	14	Comunicaciones.		0	0	0	0	0	0	1	0,0	100,0	No hubo avances porque en el mes de marzo se dio la contratación del comunicador social.	Elaborado y aprobado por la oficial de Calidad. Publicar en pagina web. Actividad cumplida.	
		Divulgación de actividades realizadas.	Fortalecimiento de la credibilidad y confianza en la empresa y en la prestación de servicios de salud mental que ofrece, mediante la divulgación y publicación de actividades realizadas.	14	122			5	15	13	27	24	9	9	25,0	25,0	1) Contratación del Comunicador social. 2) Inicio de creación de contenido audiovisual. 13 videos y más de 15 piezas publicitarias y 5 noticias.	1) Se realizaron 27 videos de divulgación de las diferentes actividades de la institución promocionando tanto celebraciones como actividades realizadas para nuestros pacientes. 2) Se realizaron 24 piezas gráficas de divulgación de actividades. 3) Se realizó el diseño de los derechos y deberes para las puertas del ascensor.	



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
Cálida y Humanizada*

	Número de talleres realizados / Número de talleres programados. Res. 5095 del 19 de noviembre de 2011 Manual de acreditación.	Manejo de emociones.	Desarrollo de talleres de descarga para el manejo del estrés y la gestión de emociones en momentos difíciles.	2	8		SST.	0	0	0	0	0	0	1	0,0	25,0	No hubo avances	Se realizó en compañía de la ARL en el segundo trimestre. 21/06/2025, como solo asistieron 4 personas se subió la información a la intranet y se hizo mediante capacitación virtual en Academy.		
			Sensibilización a los estudiantes frente al paciente con patología de salud mental.	100	100			0	0	0	0	0	0	34	25,0	25,0	Se impactaron 68 estudiantes en la sensibilización frente al paciente con problemas de salud mental	Se impactaron 34 estudiantes en la sensibilización frente al paciente con problemas de salud mental, para un total de 94 estudiantes.		
Socialización del Decálogo de la humanización.	Jornadas de socialización realizadas / Jornadas de socialización programadas. Res. 5095 del 19 de noviembre de 2011 Manual de acreditación.	Decálogo de la humanización.	Sensibilización a los funcionarios frente al paciente con patología de salud mental.	100	400		Coordinadora de Enfermería	0	10	20	10	20	10		25,0	25,0	Se realizó jornada de sensibilización con voluntarios de Clown vinieron los clown con la cámara " abrazos gratis" donde se visitan todos los pisos del hospital dando abrazos a los pacientes	Se realizó sensibilización con los voluntarios de Clown, y celebraron el día de las madres y los padres.		
			Socializar a los funcionarios y colaboradores piezas gráficas con las 10 claves de la humanización en la E.S.E.	100	400			0	0	0	0	0	0	150	0,0	100,0	No hubo avances.	El día 21 de junio, se entrega pieza gráfica de humanización al personal asistencial, administrativo y de seguridad del hospital. Actividad cumplida. Adicionalmente, en todas las inducciones de estudiantes y de personal.		
Talleres realizados sobre trabajo en equipo.	Número de talleres realizados / Número de talleres programados. Res. 5095 del 19 de noviembre de 2011 Manual de acreditación.	Trabajo en equipo.	Realizar talleres de trabajo en equipo que consoliden vínculos interpersonales sanos y sean efectivos a la hora de realizar la atención de los pacientes.	2	14		SST.	0	0	0	0	0	0	1	0,0	50,0	No hubo avances.	Se realizó en compañía de la ARL en el segundo trimestre. 24/06/2025		
Sistema de información en humanización actualizado.	Número de informes que contengan los indicadores realizados / Número de informes que contengan los indicadores programados. Res. 5095 del 19 de noviembre de 2011 Manual de acreditación.	Monitoreo y evaluación de la humanización.	Diligenciar tablero de indicadores registrando los avances en la implementación del programa de humanización.	12	27		Coordinadora de Enfermería	1	1	1	1	1	1	1	25,0	25,0	Se han diligenciado mensualmente los indicadores de humanización.	Se han diligenciado mensualmente los indicadores de humanización.		
			Realizar informes ejecutivos señalando los principales logros y dificultades en la implementación del programa de humanización en la institución.	12	27			1	1	1	1	1	1	1	25,0	25,0	Se han realizado los informes de humanización se cuenta con las evidencias	Se han realizado los informes de humanización se cuenta con las evidencias		
Ampliación de portafolio de servicios.	Indicador nominal. N° servicios nuevos habilitados. Indicador propio.	Portafolio de servicios ampliado y fortalecido.	Operativizar el programa de telemedicina.	3	4		Sub. asistencial.								100,0	100,0	El programa se encuentra operando de manera satisfactoria, al 31 de marzo se habían realizado 302 consulta con un promedio de 100 mensuales.	Actividad cumplida.		
			Adquisición de vehículo para atención domiciliar y de promoción y prevención.	1	1											50,0	50,0	Proyecto aprobado por ministerio sin asignación de recursos.	No hay avances, el proyecto continúa aprobado pero sin recursos.	
			Actualización del modelo de la atención en salud mental con enfoque étnico e inclusivo teniendo en cuenta a minorías, comunidad LGTBIQ+ y discapacitados.	1	4			0	0	1	0	0	0				100,0	100,0	Modelo de atención actualizado en el mes de marzo, con un enfoque inclusivo.	Actividad cumplida
			Habilitar Hospitalización en Psiquiatría infantil.	1	1			0	0	1	0	0	0				NA	NA	Mediante acuerdo 001 de 2025 la junta directiva aprueba retirar este ítem del plan de desarrollo.	NA
			Habilitación de Hospitalización día.	1	1			0	0	0	0	0	1	0			0,0	25,0	No hay avances en el proceso	Se presenta la propuesta de grupos terapéuticos y hospital día, está pendiente que realicen la contratación del servicio con la definición de tarifas propias.
Mejorar el confort de los usuarios de la institución.	Indicador nominal. N° servicios adecuados para el confort de los usuarios y grupos de interés. Indicador propio.		Adecuación de espacios para el mejoramiento de la experiencia de los usuarios en la institución.	1	1		Sub. administrativa y financiera.	0	0	0,5	0	0	0,5	50,0	100,0	Contratación de la segunda fase de la adecuación de espacios CADRI sala de espera, garita, y baños para discapacitados.	Ejecución y entrega de la obra, inauguración. Actividad cumplida para la vigencia.			
Fidelización del cliente interno.	Indicador nominal. N° de trabajadores posesionados en cada planta según corresponda. Indicador propio.	Satisfacción de los usuarios	Formalización laboral en planta fija y temporal.	1	1		Sub. asistencial.	0	0	0	0	0	1	25,0	25,0	Proceso de selección de la contratación para el concurso planta temporal UCC.	Se envía contrato y paquete de documentos para la firma con el objeto de realizar el concurso.			
			Participación del cliente interno y externo en los grupos de interés.	4	11			0	0	1	0	0	1	25,0	25,0	1) Como espacio de participación comunitaria se realizaron las actividades previas a la rendición de cuentas, mediante encuesta se realizó la consulta a los grupos de interés sobre los temas y actividades que esperaban conocer. 2) Celebración del día de la mujer y el hombre con la asociación de usuarios. 3) CODA con Instituciones de Educación Superior	1) Informe de control político radicado ante la asamblea Departamental el día 24 de junio con fecha de audiencia programada para el 01 de julio. 2) CODA con IES. 3) Celebración del día de la madre y el padre para funcionarios, colaboradores, contratistas y tercerizados como grupo de interés cliente interno.			



**HOMERIS**  
S.E. Hospital Mental  
Inversión de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
Cálida y Humanizada*

	Fomentar la participación en la asociación de usuarios.	N° de PQRS recibidas / N° de PQRS gestionadas	Elaboración y revisión periódica de un Manual de Gestión y Orientación al Usuario.	1	4										0,0	0,0	No hubo avances	No hubo avances	
			Seguimiento a las acciones correctivas de los funcionarios que reciben planes de mejoramiento de PQRS.	12	27		SIAU.								25,0	25,0	1) Se presentó una disminución considerable de las quejas en la institución. 2) En las quejas que se presentaron hubo la necesidad de presentar planes de mejora.	1) Existe un plan de mejora con todo el personal de enfermería para mejorar el proceso de humanización.	
		N° de usuarios nuevos en la asociación de usuarios. Indicador propio.	Promocionar con el cliente externo la existencia y participación en la asociación de usuarios.	4	10										25,0	25,0	1) Desde enero han ingresado 4 personas nuevas a la asociación de usuarios.	1) Han ingresado 2 personas más a la asociación de usuarios.	
Incorporación de tecnologías.	Indicador nominal. N° de nuevas tecnologías incorporadas al portafolio de servicios. Indicador propio.	Nuevas tecnologías en el mercado, que potencialmente inciden y agregan valor a los servicios mejorando la efectividad de la respuesta a los grupos de interés.	Clinica de inyectables.	1	1										25,0	25,0	8 de los 12 médicos psiquiatras de la institución realizan al solicitud formal para la codificación de paliperidona inyectable.	Se realizó la codificación de la paliperidona para la formulación a los usuarios pero entrega en la ERP.	
			Clinica de ketamina.	1	1		Sub. asistencial.									0,0	0,0	No hubo avance	No hubo avance
			Creación del centro de excelencia en psicosis.	1	1											0,0	25,0	No hubo avance	Gestión de la capacitación con la industria para identificar la lista de chequeo a cumplir para convertirse en centro de excelencia en psicosis.
Hospitales resilientes	Indicador nominal. Índice de Seguridad Hospitalaria. Res. 625 de 2024.	Construcciones amigables con el medio ambiente acordes a la normatividad vigente y resilientes frente a emergencias y desastres.	Diseño del proyecto de construcción de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales.	1	1		Planeación.								25,0	25,0	Se retomó el proyecto con otro proveedor para la asesoría y demás estudios y diseños requeridos por la Secretaría Departamental de Salud.	Al revisar los estudios y diseños existentes se identificó que construir con lo planteado se convertiría en un detrimento patrimonial debido a que en el año 2022 la normatividad ambiental cambio por completo y solicitó sistemas que dieran mayor cobertura a indicadores ambientales, por lo cual se hizo necesario iniciar el proceso de cero. Y contemplar el diseño de un nuevo proyecto con estudios y diseños que cumplan con la normatividad vigente para lo cual se hace necesario que el proyecto ingrese nuevamente a CARDER para aprobación. Actualmente se encuentra en fase de estudios y diseños.	
			Implementación de Políticas Nacionales encaminadas a la transición hacia hospitales resilientes frente a emergencias de salud y desastres implementando las estrategias STAR-H, INGRID-H, RAP.	1	1		SST.									25,0	25,0	Se dio inicio a la implementación de la estrategia STAR-H	Se finaliza la implementación de STAR-H dando cumplimiento a la normatividad y se inicia la implementación de INGRID-H y RAP
			Remodelación y ampliación de la infraestructura hospitalaria con incorporación de energía solar.	1	1		Planeación.									0,0	0,0	No hubo avances.	No hubo avances.
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior. Res. 408 de 2018.	Mejorar la calidad de atención centrada en el usuario mediante el ciclo de autoevaluación.	Selección de funcionarios clave para conformar los grupos de trabajo para la autoevaluación institucional.				Calidad.								100,0	100,0	1) Se consolidaron los equipos primarios. 2) Se consolidaron los equipos de autoevaluación.	Actividad cumplida para la vigencia.	
			Realizar la autoevaluación de manera consciente.	1	1											100,0	100,0	1) Se realizó la autoevaluación institucional bajo los estándares de acreditación. 2) Se realizó la priorización de las oportunidades de mejora.	Actividad cumplida para la vigencia.
	Número de auditorías realizadas / Número de auditorías programadas.	2	6												0,0	100,0	No hubo avance	Auditoría realizadas por Nueva EPS, y Secretaría Departamental de Salud. Actividad cumplida.	
	Indicador nominal. Contrato suscrito con la entidad acreditadora. Indicador propio.	1	4												100,0	100,0	Se realizó cierre del PAMEC del año 2024 con el 100% de cumplimiento.	Actividad cumplida para la vigencia.	
	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas.	4	10												25,0	30,0	1) Se radicó el proyecto desde diciembre de 2024. 2) Se ha realizado seguimiento y actualización de datos y cotizaciones.	1) Actualización de documentos en abril y mayo. 2) Radicación en banco de proyectos del departamento. 3) Entrega de documentos para contratación. 4) Solicitud, d CDP, junta directiva y CODFIS. 5) Seguimiento administrativo al proceso en la gobernación.	

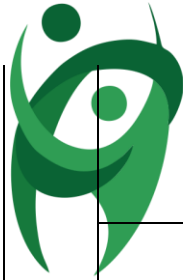




**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
Cálida y Humanizada*

Grupo de investigación categorizado en Colciencias.	Indicador nominal. Grupo categorizado en Colciencias. Dec. 2676 de 2010.	Fortalecer el grupo de investigación.	Fortalecer espacios de práctica formativa e investigación.	10	10		0	0	1	0	0	1	25,0	25,0	1) Se han presentado 5 investigaciones ante la revista colombiana de psiquiatría las cuales están en proceso de revisión para su publicación. 2) Asignación de horas para investigación con el objetivo de aumentar la producción y lograr la categorización del grupo en Colciencias.	1) Se cuenta con acta de inicio para la ejecución del proyecto denominado "POLIMORFISMOS GENÉTICOS Y BIOMARCADORES INFLAMATORIOS Y DE ESTRÉS OXIDATIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR TIPO I EN PEREIRA." en articulación con la Fundación Universitaria Visión de las Américas y se espera respuesta de otro proyecto Presentado desenlace clínico en pacientes con esquizofrenia en Risaralda: Cohorte retrospectiva entre 2022 y 2025.
			Fortalecimiento del proceso de inducción y reinducción a estudiantes y docentes.	12	44		0	1	0	0	1	1	25,0	25,0	Se ha estado realizando el proceso de inducción a todos los estudiantes que ingresan prácticas formativas a la institución. Con énfasis en los ejes de humanización, gestión del riesgo y responsabilidad social.	Durante el primer semestre se impactaron 94 estudiantes.
			Diseño de planes concertados de formación, investigación, extensión y prestación de servicios con las IES.	3	5		0	0	0	0	0	1	25,0	25,0	La institución se presentó a dos convocatorias para investigación con la FUAM.	Actualmente una de las investigaciones se encuentra adjudicada y con acta de inicio.
			Ampliación del grupo de investigación y gestiones administrativas que busquen su categorización en Colciencias y el incremento de la producción.	10	50		0	0	0	0	0	1	0,0	25,0	No hubo avances	Se plantea la posibilidad de ampliar el grupo de investigación y al incluir nuevos miembros se pueden cargar varios proyectos ejecutados.
Reconocimiento nacional e internacional de la institución.	N° reconocimientos obtenidos. Indicador propio.	Diseño, desarrollo, y búsqueda de convenios.	Garantizar espacios físicos para ejercer la docencia servicio en la institución.	1	1		1	0	0	0	0	1	100,0	100,0	Se realizó la entrega del salón de docencia servicio, el cual cuenta con cociente y horno microondas, también un videobeam para la presentación de casos clínicos.	Se estableció que una sola unidad sanitaria era insuficiente para los estudiantes, por lo tanto desde la gerencia se asignó un baño para los estudiantes hombres por fuera, pero contiguo al salón de docencia. Actividad cumplida.
			Seguimiento al nivel de credibilidad y confianza en la empresa mediante la encuesta de satisfacción.	2	12		0	0	1	1	0	0	25,0	25,0	Usuarios satisfechos (calificación 4 o 5) 99,13%	Usuarios satisfechos (calificación 4 o 5) 91,63%
			Participación en eventos que resalten y estimulen los procesos de creatividad en temas de salud mental y consumo de SPA.	2	4		0	0	0	0	0	1	0,0	50,0	Se inició el proceso de planeación de un evento en prevención de consumo de rogras, se plantea como una tarde a cadémica con 4 ponencias 1 internacional con el apoyo del Dr José Luis Vasquez.	Se articulan al proceso la Gobernación de Risaralda en cabeza de la Dra. Luz Adrina Rivera y posteriormente la Policía Antinarcóticos, se diseña un evento a mayor escala con el apoyo de estos nuevos actores, con 5 ponencias internacionales y 16 más del nivel nacional, pasó a ser el primer Simposio Nacional "La evidencia es clara: invierte en prevención" lema de las Naciones Unidas para la conmemoración de la fecha. Realizado el 26 y 27 de junio en la Universidad Católica de Pereira.
Programa de seguridad del paciente.	Indicador nominal. Sistema integral de riesgos operando. Ley 87 de 1993, Decreto 648 de 2017, Circular externa 04 de 2021 de la SNS.	Seguridad del paciente y gestión del riesgo.	Desarrollo de apuestas innovadoras que promuevan a la institución como líder y pionera en el campo de salud mental.	1	3		0	0	1	0	1	0	25,0	25,0	Se presentó la estrategia de grupos terapéuticos como alternativa para aumentar la facturación. No se pudo dar inicio porque el área asistencial y contratación no tienen claridad de como negociar la tarifa.	Se tiene planteada la estrategia del Club de Running como alternativa para incentivar a los usuarios a realizar actividad física y para que se sientan parte de algo, reduciendo el estigma de la enfermedad mental. Actualmente se gestionaron las clases con el profesional del deporte asignado a Callejando.
			Mantenimiento de un sistema de identificación, mitigación de riesgos, y seguimiento de puntos de control de riesgos operacionales.	2	6		0	0	1	0	0	1	50,0	25,0	Se actualizó la matriz de riesgos institucional para los riesgos asistenciales con la metodología AMFE aprobada en la junta directiva mediante acuerdo 007 del 29 de mayo de 2025. Adicionalmente, se ha ido alimentando la matriz de riesgos para los otros subsistemas con la metodología DAFP.	Se desarrolló un taller con los coordinadores y líderes de área para la identificación de los diferentes riesgos que tienen en sus procesos, a fin de identificarlos y determinar los controles necesarios para mitigarlos o eliminarlos.
			Capacitación en prevención de actos inseguros que ponen en riesgo la vida del paciente y otros funcionarios.	4	12		0	1	0	1	0	0	25,0	25,0	1) Capacitación y socialización del manual de bioseguridad. 2) Sensibilización en riesgo biológico por servicios prevención de accidentes.	1) Jornada de vacuación con fiebre amarilla por alerta nacional. 2) Capacitación en riesgo biológico y bioseguridad con todo el personal asistencial.



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

Diseño de controles innovadores para las caídas de pacientes por impregnación medicamentosa.

## En Homeris la atención es más Cálida y Humanizada

Objetivo	Indicador	Descripción	Unidad	Meta	Sub. administrativa y financiera	Ejecución										Valor	Meta	Avance	Observaciones
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Fortalecimiento relacional con proveedores	Indicador nominal. Un manual para proveedores socializado. N° de reuniones de seguimiento realizadas/ N° de reuniones de seguimiento programadas.	Mejoramiento del sistema de información a proveedores y contratistas.	Diseño de un manual dirigido a proveedores y contratistas con la información necesaria sobre la presentación de informes y cuentas de cobro.	1	1	Sub. administrativa y financiera.	0	0	0	0	0	1	0	0,0	100,0	No hubo avances	Se finalizó la fase de recolección de información y diagnóstico.		
				Optimización del proceso de seguimiento a facturas causadas y programación de pagos a proveedores y contratistas.	1		1	0	0	0	0	0	1	0	25,0	100,0	No hubo avances	Se diseñó y adoptó una herramienta en Drive dentro del manual de pagos, para el seguimiento la cual está proceso de socialización y operativización. Actividad cumplida.	
				Reuniones trimestrales con el supervisor para seguimiento al cumplimiento del contrato y satisfacción de los servicios prestados.	4		10	0	0	1	0	0	0	1	25,0	25,0	Se realizan los seguimientos a las actividades de los contratos.	Se realizan los seguimientos a las actividades de los contratos.	
Riesgo Fiscal y Financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Res. 408 de 2018.	Proyección del presupuesto de ingresos y gastos atendiendo a la realidad financiera del sector, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia y tratando de priorizar las necesidades registradas en el plan de adquisiciones de la ESE.	Procesos de conciliación permanente de los registros y operaciones presupuestales.	4	10	Sub. administrativa y financiera.	0	0	0	0	1	0	0	25,0	25,0	Se realizó la implementación de actas de conciliación entre presupuesto, cartera, y contabilidad correspondiente al último trimestre de 2024.	Se realizó la implementación de actas de conciliación entre presupuesto, cartera, y contabilidad correspondiente al primer trimestre de 2025.		
			Seguimiento de fechas para la presentación de los reportes financieros y presupuestales, generando análisis y ajustes en forma oportuna. (evidencias del cargue de informes).	4	10		0	1	0	0	1	0	0	25,0	25,0	Se entregó la información correspondiente al último trimestre de 2024.	Se entregó la información correspondiente al primer trimestre de 2025.		
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia anterior). Res. 408 de 2018.	Seguimiento comparativo al gasto y a la producción en UVR.	Análisis trimestral del comportamiento de los Ingresos reconocidos y recaudados de la vigencia corriente y recuperación de cartera de vigencias anteriores, de los compromisos y obligaciones presupuestales, de la producción en forma comparativa con el mismo periodo en el año anterior, esto con el fin de generar estrategias que nos permitan ampliar la producción.	4	10	Sub. administrativa y financiera.	1	0	0	0	1	0	0	25,0	25,0	Se realizó el análisis del último trimestre de 2024.	Se realizó el análisis del primer trimestre de 2025 con buenos resultados en recaudo.		
			Análisis permanente sobre el comportamiento en la venta de servicios en forma comparativa con el mismo periodo de la vigencia anterior.	4	10		1	0	0	0	1	0	0	25,0	25,0	Se realizó el análisis del último trimestre de 2024	Se evidencia un aumento en la productividad de la institución, sin embargo, hay problemas con la radicación de facturas por dificultades en las plataformas de las EPS.		
			Solicitud cada trimestre de la producción en términos de UVR, verificando su comportamiento en forma comparativa, realizando los ajustes que sean necesarios para potencializar la venta de servicios.	4	10		1	0	0	0	1	0	0	25,0	25,0	Se realizó el análisis del último trimestre de 2024	Se realizó la medición de la producción de UVR alcanzando 115.000 en el primer trimestre de 2025, promedio bajo comparado con el mismo periodo de 2024.		
			Realizar las estrategias para que se surta en forma adecuada la actualización, conciliación, y liquidación de contratos de vigencias anteriores.	4	10		1	0	0	0	1	0	0	0,0	0,0	No hubo avances.	No hubo avances.		
			Control permanente en la dispensación, realizando seguimiento a los stocks mínimos que deben tener las diferentes unidades asistenciales, garantizando el uso racional de los recursos y la calidad en la prestación del servicio.	12	27		1	1	1	1	1	1	1	25,0	25,0	Se diseñó una estrategia en la cual se restringió la solicitud de pedidos de insumos únicamente para la coordinadora de enfermería.	Se realiza seguimiento y se ha controlado la dispensación de insumos.		



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
Cálida y Humanizada*

OEIB

Conservar la  
estabilidad  
financiera de la  
institución.

Categoría	Indicador	Descripción	Unidad	Meta	Estrategia	Ejecución										Valor	Avance	Observaciones	Resultados
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Renovación tecnológica.	N° de proyectos presentados / N° de proyectos requeridos. Indicador propio.	Conciliación mensual entre tesorería y cartera para determinar la entrada e identificación de los recursos de acuerdo a la proyección del flujo de fondos.		18	27	Planeación.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25,0	25,0	Se realizó la implementación de actas de conciliación entre presupuesto, cartera, y contabilidad y flujo de caja correspondiente al último trimestre de 2024. Aprobado por Acuerdo de junta directiva 003.	Se realizó la implementación de actas de conciliación entre presupuesto, cartera, y contabilidad correspondiente al flujo de caja del primer trimestre de 2025.
		Renovación de la tecnología obsoleta de equipos de cómputo del área de consulta externa, administración, urgencias y facturación.	1	1	0		0	0	0	0	1	0	0,0	25,0	No hubo avances.	1) Compra de 6 discos duros de estado sólido para realizar la repotencialización de equipos. Y 2 para reemplazar discos con fallas predictivas en el servidor principal. 2) Compra de un escaner para el área administrativa. 3) Compra de 2 tablet para la realización de encuestas a usuarios.			
		Renovación de la planta telefónica.	1	1	0		0	0	0	0	1	0	0,0	25,0	No hubo avances.	Se realizó el cambio de la tarjeta de la fuente de poder telefónica y se actualizó el sistema de la planta telefónica. Actividad cumplida.			
		Renovación de las redes de comunicación y cableado estructurado obsoleto.	1	1	0		0	0	0	0	0	1	0,0	25,0	No hubo avances.	Presentación del proyecto de adecuaciones menores ante el ministerio de salud y protección social			
Infraestructura.	N° de proyectos presentados para la ampliación y remodelación de servicios hospitalarios. Indicador propio.	Inclusión del llamado de enfermería en el servicio de urgencias agudos y mujeres servicio antiguo.	1	1	Planeación.	0	0	0	0	0	0	1	0,0	25,0	No hubo avances.	Presentación del proyecto de adecuaciones menores ante el ministerio de salud y protección social			
		Gestionar la infraestructura física para ampliación de la oferta de servicios intramurales.	1	1		0	0	0	0	0	0	1	0,0	0,0	no hubo avances.	No hubo avances para poder ubicar el servicio de hospitalización día.			
		Formulación del proyecto de remodelación de urgencias que no cumple con estándares de habitación de la resolución 3100.	1	1		0	0	0	0	0	1	0	0,0	50,0	No hubo avances	Se realizaon varias mesas de trabajo con asesores del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizó la radicación del proyecto el día 04/06/2025 con el radicado 2025423001819082 "proyecto de Adecuación menor de la ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda".			
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxP de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores). Res. 408 de 2018.	Gestionar predios fuera de la infraestructura hospitalaria para la ampliación de servicios.	1	1	Contratación.	0	0	0	0	0	1	0	0,0	25,0	No hubo avances	Se visitaron dos predios para posible compra en el marco de la resolución 485 de marzo de 2025, sin embargo, no fue posible crear el proyecto debido a que en el plan bienal no hay opción para compra de predio. La recomendación del ministerio es la compra de un ote sin construir. Está pendiente la asistencia técnica para el diseño del proyecto.			
		Seguimiento a tarifas de contratación según modalidad (PGP cada 3 meses, evento cada año) y ajustes en la parametrización del sistema.	2	4		0	0	0	1	0	0	25,0	25,0	Se realizaron las reuniones de el comité de cartera y glosas donde se analizan las tarifas.	Se realizaron las reuniones de el comité de cartera y glosas donde se analizan las tarifas.				
		Participar de las mesas de conciliación de cartera del departamento y hacer seguimiento estricto al cumplimiento de compromisos.	4	10		0	4	0	0	0	3	0	25,0	25,0	Se participó en la mesa de saneamiento celebrada el 11 de febrero con NEPS, SOS; Coosalud, FOMAG; Batallón, Policía y consorcio PPL. Participación activa en la mesa #1 circuir 030 realizadas el 25- 26-y 27 de febrero con entidades aseguradoras de SOAT, SURA, Salud Total, Comfenalco, Savia Salud, Pijaos salud. Recaudo total en 2025 \$1.833.248.178 de facturación 2025 y \$1.969.037.761 de facturación del año 2024.	Participación activa en la mesa #1 circuir 030 realizadas el 26, 27 y 28 de mayo con entidades aseguradoras de SOAT, SURA, Salud Total, Comfenalco, Savia Salud, Pijaos salud.			
		Establecer y medir un indicador mensual de la radicación de los servicios facturados.	12	27		1	1	1	1	1	1	1	25,0	50,0	Se diseñó un indicador con el cual se le hace seguimiento al proceso de facturación vs la radicación.	La facturación total de hospital durante el primer trimestre fue de \$4.244.139.685 y se radicaron \$3.450.983.412 para un 81% de cumplimiento, el porcentaje restante no fue posible radicarlo por cambios en la normatividad Jsosn y dificultades en las plataformas de las EPS.			
		Seguimiento al plan de	4	10	Control interno.	0	0	0	0	1	0	0	25,0	25,0	Control interno realiza el seguimiento al plan de austeridad y presenta informe ante	Control interno realiza el seguimiento al plan de austeridad y presenta informe ante			







**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

**En Homeris la atención es más  
Cálida y Humanizada**

## SOLICITUD DE SEGUNDO INFOMRE DE EJECUCIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS 2025



### Planeacion Homeris

mar, 8 de jul., 1:33 p.m. • Enviados  
a Maria Aleyda...Rojas & 5 Otros

Buenos días para todos,  
Reciban un cordial saludo,

Teniendo en cuenta que en el mes de enero fueron formulados los planes estratégicos institucionales para cada área, y fueron publicados en nuestra página web, se requiere proyectar la entrega del segundo informe de actividades realizadas por cada uno de los líderes de área, el cual **la oficina de planeación debe recibir a más tardar el LUNES 14 DE JULIO de 2025** para poder entregar un informe general a la oficina de **Control Interno a más tardar el 18 DE MAYO**, por lo cual desde ya les hago esta solicitud.

Me permito recordar que según la normativa, del modelo integrado de Planeación y gestión que abarca a las instituciones públicas, la primera línea de gestión es cada líder de área quien debe ejecutar el plan como lo proyectó y entregar sus avances según lo solicitado, la segunda es el seguimiento que se hace desde la oficina de planeación, dentro de la cual se incluye esta solicitud de seguimientos y la tercera es el seguimiento de control interno.

PLAN	RESPONSABLE EN 1º LÍNEA
PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DE LA ENTIDAD	MARÍA ALEYDA ARENAS ROJAS
PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL	MARÍA SOLEDAD ARCHILA TRIANA
PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES	MARÍA ALEYDA ARENAS ROJAS - DEISY JOHANNA VÉLEZ GÓMEZ
PLAN ANUAL DE VACANTES Y PROVISIÓN DE TALENTO HUMANO	CLAUDIA ELIANA BEDOYA VALENCIA -VICTOR GUTIÉRREZ
PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO	CLAUDIA ELIANA BEDOYA VALENCIA -VICTOR GUTIÉRREZ
PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	VICTOR GUTIÉRREZ
PLN DE BIENESTAR E INCENTIVOS	DEISY JOHANNA VÉLEZ GÓMEZ
PLAN ANUAL DE TRABAJO DE SST	ANGÉLICA MARÍA BUSTAMANTE
PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA	MARÍA SOLEDAD ARCHILA TRIANA
PETI	JHON JAIRO NARANJO RAMÍREZ
PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DEL A INFORMACIÓN	JHON JAIRO NARANJO RAMÍREZ
PLAN ANUAL DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	JHON JAIRO NARANJO RAMÍREZ

Les agradezco su colaboración y gestión con el envío del seguimiento a las actividades proyectadas.

Cordialmente,



**María Soledad Archila Triana**  
Coordinadora Planeación  
planeacion@homeris.gov.co  
Avenida 30 de Agosto # 87 - 76  
Teléfono: 6063373444 Extensión: 113  
www.homeris.gov.co  
Pereira - Risaralda

A continuación, relaciono las actividades informadas y el avance de ejecución de cada plan.

## 1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR

Durante este primer semestre se realizó la actualización de la política de gestión de la información y el programa de gestión de la información, y se documentó el procedimiento de gestión de la información.

Dentro del proyecto de adecuaciones menores se incluyó el presupuesto para realizar la adecuación del archivo central.

## 2. Plan Anual de Adquisiciones:

### SEGUIMIENTO PLAN DE ADQUISICIONES.

La Subgerencia administrativa y financiera realiza seguimiento plano de adquisiciones el cual se puede observar la siguiente ejecución a corte d 30 de Junio de 2025.

CODIGO	CONCEPTO	VALOR	VALOR EJECUTADO
2.1.1	GASTOS DE PERSONAL	\$ 42.795.474	\$ 23.683.700
2.1.2.	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	\$ 5.031.820.680	\$ 3.433.740.062
2.1.3	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	\$ 10.000.000	\$ -
2.1.8	GASTOS POR TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	\$ 44.720.220	\$ 10.279.490
2.4.1	GASTOS DE PERSONAL	\$ 174.617.205	\$ 92.664.300
2.4.5.	GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	\$ 6.779.712.937	\$ 5.214.205.399
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 12.083.666.516</b>	<b>\$ 8.774.572.951</b>

DESCRIPCION	VALOR	PORCENTAJE DE EJECUCION
VALOR TOTAL PLAN ANUAL ADQUISICIONES	\$ 12.083.666.515,59	73%
VALOR COMPROMETIDO	\$ 8.774.572.951,00	
VALOR PENDIENTE POR COMPROMETER	\$ 3.309.093.564,59	

A la fecha la E.S.E. tiene un porcentaje de ejecución del plan anual de adquisiciones junio de 2025, teniendo en cuenta que la contratación está en un 73% comprometida hasta el mes de Septiembre de 2025.

**3. Plan Anual de Vacantes,  
4. Plan de Previsión de Recursos Humanos  
5. Plan Estratégico de Talento Humano**

El equipo de Talento Humano institucional envía un solo informe de avances de los tres planes en mención.

1- Para el primer trimestre del año 2025, por parte del área de talento humano se realizó el primer acercamiento con la universidad Cooperativa de Colombia, para el estudio de la formalización de la planta temporal y con la cual quedamos de reunirnos de manera virtual para el mes de Abril y así poder revisar lo que se pretende por parte de la E.S.E con el estudio de la formalización de las vacantes de la planta temporal de la E.S.E y también poder escuchar al equipo de trabajo de la Universidad el cual será el encargado de desarrollar este proceso de la Universidad con la E.S.E.

- El área de talento humano ha dado respuesta de manera oportuna a cada uno de los requerimientos y encuestas enviadas por el DAFP con todo lo relacionado a la formalización laboral.

Para el segundo trimestre del año 2025, por parte del área de talento humano se adelantó el estudio previo y se envió el contrato a la universidad Cooperativa de Colombia, para su respectiva firma, dicho contrato está en estudio y revisión por parte de los jurídicos de la universidad, y a la espera de su confirmación y respectiva firma para dar inicio al proceso de la formalización de la planta temporal.

- El día 14 de Mayo del 2025, envió el CDP número 153 por valor de \$68.000.000 a la comisión nacional de servicio civil CNSC, con el fin de dar trámite e iniciar con el respectivo proceso de formalización de la planta fija, cargos que se encuentran en vacancia definitiva algunos se encuentran por provisionalidad y otros por encargo, desde el área de talento humano nos encontramos en la etapa de planeación con la CNSC para que estas vacantes se puedan proveer con personal de carrera.



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

**En Homeris la atención es más  
Cálida y Humanizada**

**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

**En Homeris la atención es más  
Cálida y Humanizada**

Fecha Actual : viernes, 23 mayo 2025  
Página 1/1

**E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA**  
Nit. 891412134-1

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

**Numero: 153**                      **Fecha: 14/05/2025**                      **Vigencia: 2025**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA QUE, EN EL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIÓN PARA LA PRESENTE VIGENCIA, EXISTE APROPIACIÓN DISPONIBLE PARA ATENDER LA SOLICITUD ASÍ:

Apropiación	Fuente	Descripción de la Apropiación	Vir. Dispon.	Vir. Solicit.	Saldo
2.1.2.02.02.008.3113	10	SERVICIOS DE CONSULTORÍA EN ADMINISTRACIÓN DEL RECURSO HUMANO	\$68,000,000.00	\$68,000,000.00	\$0.00
TOTAL				<b>\$68,000,000.00</b>	

**OBSERVACIÓN**  
La E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda requiere realizar el pago a la Comisión Nacional del Servicio Civil – CNSC, para la realización del concurso de 18 empleos de carrera administrativa que se encuentran vacantes y en provisionalidad, el cual será adelantado por la comisión nacional del servicio civil –CNSC- y en cumplimiento de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente y en el marco del proceso de modernización y fortalecimiento institucional."

  
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA  
LUZ ADRIANA GOMEZ

  
TÉCNICO EN PRESUPUESTO  
LUZ ADRIANA CARDONA SALAZAR

- El día 10 de Junio del 2025, el área de talento humano realizo una reunión virtual cuya acta de reunión es la numero **058 del 2025**, esta reunión se adelantó con la persona designada por la CNSC doctora Alejandra Rueda Valderrama, la cual nos estará acompañando durante todas las etapas del proceso de la CNSC para la formalización de las vacantes definitivas de la planta fija es decir personal de carrera administrativa.

Anexo acta de la reunión.

- El área de talento humano ha dado respuesta de manera oportuna a cada uno de los requerimientos y encuestas enviadas por el DAFP con todo lo relacionado a la formalización laboral.

**PLAN ANUAL DE VACACIONES:** El área de talento humano realizo seguimiento y control al cumplimiento del plan anual de vacaciones para el primer trimestre del año 2025, cumpliendo a cabalidad con el mismo y otorgándole vacaciones a dos funcionarios las cuales habían sido suspendidas el año inmediatamente anterior por necesidad del servicio. Durante el segundo trimestre año 2025 Ocho (8) funcionarios disfrutaron de su periodo vacacional a los cuales se les autorizo el pago de su prima de vacaciones y

también se les otorgó dos (2) días adicionales a las vacaciones dando cumplimiento de esta manera al acuerdo laboral y al plan de vacaciones vigencia 2025.

**PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO:** El área de talento humano para el primer trimestre del año 2025, dio cumplimiento a las capacitaciones, inducciones y reinducciones de los funcionarios de la E.S.E.

Adjunto archivo de Excel sobre el plan anual de capacitaciones realizado por el área de talento humano en compañía de SST.

- Se acompañó al subdirector científico para que realizara la evaluación parcial de la planta temporal a dos funcionarios en el mes de febrero, los cuales habían quedado con acuerdos laborales dentro de un plan de mejora con relación a los resultados de la baja calificación que obtuvieron en el mes de Diciembre del año 2024, esta evaluación fue adoptada por la resolución número 149 del 14 de Agosto del 2024, y modificado por resolución número 160 del 05 de Septiembre de 2024.

- El área de talento humano asistió de manera oportuna a todas las reuniones y capacitaciones adelantadas por el área de calidad en acompañamiento de la firma asesora para la certificación y acreditación en alta calidad que adelanta la E.S.E.

El área de talento humano para el segundo trimestre del año 2025, cumplió con la entrega y seguimiento de los beneficios del plan de bienestar social estipulado para la vigencia, se concedieron las vacaciones a los funcionarios que tenían derecho de su disfrute y que estaban contemplados dentro del plan anual de vacaciones y se realizó avance en las oportunidades de mejora con el debido acompañamiento de las funcionarias de dinámica en el proceso de acreditación y calidad en lo que refiere al área de talento humano a continuación un resumen de lo anteriormente dicho.

- **Plan de bienestar social segundo trimestre año 2025:**

Salud visual: \$1.220.000

Educación: \$4.918.000

Recreación y deporte: \$3.150.000

Entrega Bonos comfaplus por valor de 1 S.M.M.LV: 13 Bonos para un total de \$18.505.500

Para un **total de: \$27.793.500** entregado en el segundo trimestre del año 2025.

- **Avances oportunidades de mejora acreditación:** Se realizó la estandarización de las dispositivas de inducción y reinducción recopilando información importante y relevante de cada una de las áreas de la E.S.E. Esta inducción y reinducción se aplicará a todo el personal de la E.S.E sin importar el tipo de vinculación de los funcionarios y colaboradores.

Se creó la encuesta de clima laboral que será aplicada a los funcionarios y colaboradores de la E.S.E, esta encuesta se encuentra en proceso de revisión por parte de las ingenieras de acreditación y de calidad para realizar sus respectivas correcciones o para confirmar si

están bien, para comenzar con la aplicación de la encuesta a cada uno de los funcionarios y colaboradores dentro de la E.S.E

- Se creó y se adoptó la política de equidad de género y diversidad, prevención de confidencialidad y prevención de acoso laboral y sexual las cuales fueron adoptadas por resolución número 090 del 30 de Abril del 2025.
- Se crea y se adopta la política de seguridad y salud en el trabajo de la E.S.E por medio de resolución número 096 del 30 de Abril del 2025.
- Se crea y se adopta la política de gestión del talento humano de la E.S.E por medio de la resolución número 079 del 09 de Abril del 2025.
- Se crea y se adopta la política de desconexión laboral de la E.S.E por medio de la resolución número 088 del 30 de Abril del 2025.
- Se crea y se adopta la política de prohibición de uso de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en la E.S.E por medio de resolución número 087 del 30 de Abril del 2025.
- El área de talento humano de la E.S.E fue objeto de auditoria por parte de la revisoría fiscal y a la cual se le brindo el espacio y el acceso a toda la información requerida por parte de la revisoría al área de talento humano, de la cual estamos a la espera del acta final donde nos indiquen las oportunidades de mejora, si las hubiere.
- El asesor de la oficina de control interno realizo una auditoria al área de talento humano el día 03 de Junio del 2025, del cual estamos a la espera del informe final.
- El área de talento humano asistió de manera oportuna a todas las reuniones y capacitaciones adelantadas por el área de calidad en acompañamiento de la firma asesora para la certificación y acreditación en alta calidad que adelanta la E.S.E

**PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES:** El área de talento humano en compañía de la funcionaria encargada de SG- SST Profesional Angélica María Bustamante, ha realizado el seguimiento y control al cumplimiento del plan institucional de capacitaciones estipulado para el primer semestre del año 2025, cumpliendo a cabalidad con el mismo y generado los espacios a los funcionarios del área asistencial y del área administrativa de la E.S.E para que puedan asistir y aprovechar estos espacios de capacitación

## 6. OTRAS ACTIVIDADES

La oficina de control interno realizo acompañamiento en procesos internos de la empresa tales como:

- Participación en los diferentes comités como el Institucional de Control Interno, gestión documental, defensa jurídica, compras entre otros.
- Acompañamiento a la Contraloría General de Risaralda en las auditorías realizadas a la E.S.E. HOMERIS.
- Asesoría constante en la ejecución de los diferentes procesos y procedimientos adoptados al interior de la entidad.
- Verificación cumplimiento plan estratégico.
- Seguimiento implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Asesoría y acompañamiento en la rendición de la cuenta mensual, semestral y anual a la Contraloría General de Risaralda.
- Asistencia a la rendición del informe 2193 a la Secretaria de Salud Departamental.
- Se verificó las nuevas normas aplicables a la E.S.E. y se envió a los funcionarios competentes.
- Asistencia a capacitaciones dictadas por diferentes entidades públicas.
- Se realizo acompañamiento en el proceso de acreditación, donde el hospital fue certificado en la vigencia 2025



**DIEGO VELÁSQUEZ G**

Asesor de Control Interno

E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS



**HOMERIS**  
E.S.E. Hospital Mental  
Universitario de Risaralda

*En Homeris la atención es más  
**Cálida y Humanizada***

---