

107

Popayán, julio 11 de 2019.

Doctora:

**DERLIN DELGADO RODRIGUEZ**

Gerente

Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

**ASUNTO:** Entrega Informe Pormenorizado del estado de Control Interno de Marzo a junio de 2019.

Cordial saludo.

En cumplimiento del art 73, del art. 9 de la Ley 1474 de 2011, que establece.....  
"el jefe de la unidad de la oficina de control interno, deberá publicar cada cuatro (4) meses, en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado de control interno de cada entidad", por consiguiente después de la entrega del mismo a la Gerencia este se publicara como lo determina la ley.

El Informe Pormenorizado del estado de Control Interno de la ESE, Hospital Universitario San José, que se entrega corresponde al periodo, Marzo a Junio de 2019, describiendo las acciones realizadas durante el periodo del informe que fortalecen o afectan el desarrollo y consolidación de cada subsistema, realizado con cada una de las siete (7) dimensiones del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG-, y análisis del resultado del FURAG II.

Atentamente,

  
**EDNA MERCEDES LÓPEZ MOLINA**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Se anexan 1. Informe pormenorizado Marzo a Junio de 2019.

HOSPITAL UNIVERISITARIO SAN JOSE E.S.E

INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (LEY 1474/2011)

PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL

PERIODO

MARZO A JUNIO DE 2019

Código: 0

Fecha: Julio 10/2019

PRESENTACION

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y a los lineamientos del DAFP se presenta informe del estado del Sistema Institucional de Control Interno en la E.S.E Hospital Universitario San Jose, evaluando las acciones implementadas en las 7 dimensiones definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Gestión de la Información y la Comunicación, Gestión del Conocimiento y la Innovación y Control Interno, actualizado y aprobado mediante Decreto 1499 de 2017, y bajo el enfoque de los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno-MECI establecida en el MIPG, a saber: Ambiente de Control, Administración del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, Actividades de Monitoreo. El objetivo central de aportar a la permanente mejora de la Entidad en el alcance y cumplimiento de su misión, fortalecer la gestión, mejorar el desempeño de los servidores públicos, contribuir al cumplimiento de los compromisos del gobierno con el ciudadano y aumentar la confianza en la administración pública, es así como se se entrega en el presente informe los resultados del seguimiento del 5to periodo (Marzo a Junio de 2019) junto a sus recomendaciones y sugerencias, y teniendo como base los resultados del FURAG II, entregados por el DAFP, en el mes de abril de 2019, y contando como base el informe entregado por la oficina asesora de planeacion, sobre el avance del MIPG, y el analisis de los resultados de la encuesta FURAG II, en donde se puede establecer el comparativo en porcentaje de cumplimiento de actividades de MIPG, de la linea base del 2018, con un porcentaje de 48,8%, con el del mes de abril de 2019, con avance del 64,6%, por lo cual se suscribieron planes de accion con los responsables de los procesos de cada una de las 7 dimensiones, con las que se comprometen a realizar en lo que resta de la vigencia del 2019.

NIT  
891.580.0  
02-5

DIMENSION	RESPONSABLES	AUTODIAGNOSTICOS	ANALISIS DE BRECHAS FRENTE A LOS LINEAMIENTOS DE LA POLITICA	AVANCE DE LA ENTIDAD
			Planes Institucionales.	Segun informe presentado por la Oficina de Talento Humano, en el 2018, se realizaron entre los meses de enero a septiembre 9 capacitaciones, una por mes, con una asistencia promedio de 18 asistentes. En cuanto al Plan de Bienestar Social adoptado mediante Res. 056 de enero de 2018, con 8 programas cuya participacion se establece en un alto porcentaje, En relacion al Plan de incentivos, que mediante Res 123 del 1 de marzo de 2018, se establecieron los lineamientos para la provision de empleos de carrera administrativa, mediante encargo o nombramiento en provisionalidad y con Res 244 de mayo 2018, se resuelve iniciar el proceso para proveer empleos vacantes mediante figura del encargo, igualmente se realizo el programa de otorgamiento de incentivos para el mejor equipo de trabajo. Como lo estipula el Decreto 612 de 2018 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, se integraron los planes institucionales y estratégicos de la entidad a partir de los resultados del autodiagnóstico ejecutado en el marco de MIPG, que incluyen 15 planes integrados, de los cuales el Hospital tiene 14 elaborados, formalizados, implementados y en ejecucion, solo se esta pendiente la elaboracion de Plan de austeridad y Gestion ambiental. Los siguientes son los planes institucionales con los que cuenta el Hospital Universitario San Jose ESE: 1. PINAR, Plan Institucional de Archivos, 2. Plan de conservacion Documental, 3. Plan de Preservacion Digital, 4. Plan Anual de Adquisiciones, 5. PETIC: Plan Estrategico Tecnologias de Informacion y Comunicaciones, Plan de Tratamiento de Riesgos de seguridad y Privacidad de la Informacion, 6. Plan de Mantenimiento de Servicios Tecnologicos, 7. Plan Anticorrupcion y atencion al Ciudadano, 8. Plan de Bienestar y de Incentivos, 9. Plan de Prevision de Recursos Humanos, 10. Plan Institucional de Capacitación. 11. Plan Estratégico de Talento Humano, 12. Plan Anual de Vacantes, 13. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, 14. Plan de participacion ciudadana en la gestion. Se continua trabajando para integrar los planes institucionales y estratégicos, y estos una vez adoptados son publicados, en su respectiva página web.
			Ejecucion al cronograma de capacitaciones	Mediante oficio de 10 de enero de 2019, la oficina de Talento, solicita a todos los procesos, la demanda de capacitacion para el 2019, y asi conformar el Plan de capacitacion, el cual fue adoptado mediante resolucion No. 042 del 25 de enero de 2019, para el cual esta basado en 3 ejes tematicos como son; Gobernanza para la Paz, Gestion del Conocimiento y Creacion de valor publico, Otras capacitaciones que se realizan son las realizadas por parte de la oficina Juridica, area de Contratacion, en cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloria Municipal en el mes de noviembre de 2018, segun auditoria a la contratacion del 2016 y 2017, la cual se viene cumpliendo de manera satisfactoria. Igualmente en la pagina web del Hospital, se encuentran 4 capacitaciones virtuales, con los diferentes modulos, como son capacitacion virtual de enfermeria, de sistemas, de seguridad del paciente y de humanizacion.

	<p>Manual de Funciones y Competencias Laborales: La Junta Directiva del Hospital Universitario San José E.S.E conforme al artículo 11 del acuerdo Municipal No 002 de 2004 es la encargada de determinar los manuales de funciones, este a su vez fue adoptado y actualizado mediante Acuerdo 015 del 25 de noviembre de 2016, el cual fue ajustado mediante Acuerdo 06 del 2 de Mayo de 2019, por la Junta Directiva del Hospital Universitario San Jose ESE, dando cumplimiento al Decreto 815 del 8 de mayo de 2018, "por el cual se modifica el decreto 1083 del 2015, Unico reglamentario del sector de funcion publica, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleados publicos, de los distintos niveles Jerarquicos", y a la Resolucion 0667 del 3 de agosto del 2018, "Por medio del cual se adopta el catalogo de competencias funcionales para las areas o procesos transversales de las entidades publicas". En sesion del 2 de mayo de 2019, la Junta Directiva acuerda ajustar el manual de funciones y competencias laborales para los diferentes empleos que conforman la planta global del hospital en lo referente a las competencias comportamentales para las areas y procesos transversales de la entidad quedando determinadas en los manuales de funciones de cada empleo distribuidas en competencias comunes, por nivel jerarquico, y especificas por nivel jerarquico. La oficina de Control Interno, envia un oficio a Talento Humano el 22 de mayo de 2019, realizando unas recomendaciones que debieron realizar para el ajuste al manual, como son las de haberlas hecho con cada uno de los funcionarios que ostentan cada uno de los cargos, la socializacion de los mismos a nivel general, y la posibilidad de que se aplicara el mecanismo de la homologación de estudios por experiencia, más aun cuando precisamente la responsabilidad en el desarrollo de las funciones es cada vez más exigente ante los entes de control, y las consecuencias se asumen con acciones de repetición, el personal que desarrolle sus funciones en el Hospital Universitario San José, debe ser de altas calidades. El manual con los ajustes, se encuentra publicado en vulcano, area Talento Humano, Manuales 2019, en la pagina <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a></p>
<p>Validacion de las hojas de vida ante el SIGEP</p>	<p>Según informacion entregada por la oficina de Talento, el 7 de marzo de 2019, el avance en la implementación del SIGEP en al vigencia 2018, se realizao, así: 1. Para el seguimiento se tomaron los servidores públicos vinculados al Hospital (151) al 28 de febrero de 2019. 2. Con relación a la actualización de las Hojas de Vida se llevó a cabo la consulta "Monitoreo avance Hoja de Vida", para determinar que 19 servidores públicos activos no han actualizado el formato de hoja de vida, se realizó el requerimiento al correo personal. 3. Hojas de vida de contratistas: Se solicitó la información a la Oficina Asesora Jurídica, quienes tienen asignado un usuario para este manejo. 4. Del "Monitoreo avance Hoja de Vida" con corte a 28 de febrero de 2019 se aprobaron 135 hojas de vida. 5. Queda pendiente por realizar la baja portal de 15 ex funcionarios. La oficina de Talento Humano, recuerda a todos los funcionarios que la fecha limite para diligenciar la declaracion de bienes y rentas, es hasta el 31 de julio de 2019. Según informacion entregada por TAlento Humano, hasta el 1er cuatrimestre del 2019, 1. Para el seguimiento se tomaron los servidores públicos vinculados al Hospital (151) al 28 de febrero de 2019. 2. Con relación a la actualización de las Hojas de Vida se llevó a cabo la consulta "Monitoreo avance Hoja de Vida", para determinar que 19 servidores públicos activos no han actualizado el formato de hoja de vida, se realizó el requerimiento al correo personal. 3. Hojas de vida de contratistas: Se solicitó la información a la Oficina Asesora Jurídica, quienes tienen asignado un usuario para este manejo. 4. Del "Monitoreo avance Hoja de Vida" con corte a 28 de febrero de 2019 se aprobaron 135 hojas de vida. 5. Queda pendiente por realizar la baja portal de 15 ex funcionarios.</p>
<p>Cubrimiento de vacantes temporales mediante encargo.</p>	<p>Mediante resolucion 0244 de 2018 se promueve la creacion de empleos vacantes mediante la figura de encargo. Se analiza la creacion de los cargos del area asistencial con excepcion de los medicos especialistas, tiene un costo de \$40.607.031.869 millones este resultado se obtiene de tomar los costos de contratacion para los cargos que no se encuentran en la planta y llevarlos a un salario base que no indique aumento. Para los empleos que se encuentran en la planta se conserva el mismo salario lo que implica un aumento significativo del 300%, por lo tanto se deduce que para la viabilidad de la institucion se deben formalizar los cargos requeridos segun el estudio tecnico y que no se encuentra dentro de la planta del personal actual. En la planta de personal actual no figuran los cargos de del proceso integrado del servicio farmaceutico, instrumentacion, quirurgicas,tecnicos,tecnólogos de rayos x y camilleros, al crear esta planta temporal se fortalecera los procesos misionales de de las areas de servicio farmaceutico,central de esterilizacion,cirugia -modalidad instrumentacion, departamento de enfermerai con los cargos de camilleros y el servicio de imagenes diagnosticas con sus tecnicos y tecnólogos. Encargos durante el 1° semestre de 2018 segun Resolución Nro. 0279 del 1 de junio de 2018 se dispone un encargo y acto administrativo que se encuentra publicado por diez (10) días hábiles en la Intranet desde el 20 de septiembre de 2018. Por parte de la oficina de Talento Humano informa, por correo electronico del 6 de marzo de 2019, que el documento ESTUDIO DE CREACIÓN DE EMPLEOS TEMPORALES se encuentra en proceso de actualización por parte del doctor Francisco Otoyá, para ser socializado con el nivel directivo de nuestra entidad,por consiguiente la información a la fecha sigue siendo la misma. Se evidencia que la oficina de Talento Humano, envia oficio a Presupuesto, a finales del 2017, para que se dispongan de los recursos para el concurso de empleos, el cual no se tuvo en cuenta, situacion que fue solicitada por la oficina de Control Interno, cuando se sustento el presupuesto de la vigencia del 2018, para lo cual se destinaron 170 millones, para proveer 48 cargos aproximadamente y para la vigencia fiscal del 2019, son 380 millones, para 88 cargos. Por solicitud de la oficina de C.I. a la Gerencia, en donde se solicita adelantar los concursos de méritos para proveer empleos de carrera administrativa, dando cumplimiento en lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 909 de 2004 y el Decreto 051 de 2018, por lo que la oficina de Talento Humano, informa y anexa el oficio de la Comision Nacional del Servicio Civil en el mes de febrero de 2018, que los concursos para las ESES, no se realizara en el año 2018.</p>
<p>Presentacion del Plan de bienestar e incentivos</p>	<p>El plan de bienestar fue adoptado mediante Resolución 043 de Enero de 2019, que comprende el plan de bienestar social y plan de incentivos, sin modificaciones a la fecha, se realiza encuestas para identificar las necesidades del sistema de estímulos en donde se priorizan programas deportivos entre ellos están baile deportivo, programas recreativos, en donde se realizo caminata ecologica; Programas vacacionales, programas artisticos y culturales publicado en la página WEB de la entidad <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a>. En el plan de incentivos: Encargos, comisiones y traslados: mediante la resolución N°123 del 1 de marzo de 2018, se establecieron los lineamientos para la provisión de empleos de carrera administrativa mediante encargo o nombramiento en provisionalidad y mediante la resolución N° 244 del 10 de mayo de 2018 se resuelve iniciar el proceso para proveer empleos vacantes mediante figura del encargo. Los empleos a proveer fueron: tres cargos de enfermería donde se encargaron a tres auxiliares área de la salud Gr.5, con una duración del encargo de seis meses, de igual manera dos vacantes de enfermero especialista Gr.1 donde se encargaron a dos enfermeras, los cuales cumplían con los requisitos y formación. Se promocionan los programas de vivienda ofrecidos por el Fondo Nacional del Ahorro, los Fondos de Cesantías, la Caja de Compensación Familiar COMFACAUCA u otras entidades que hagan sus veces, mediante las carteleras institucionales y se facilitan espacios para que se haga difusión de los trámites y la información pertinente.</p>

Subgerencia  
Adminstrativa  
a  
Jefe Talento  
Humano  
Salud  
ocupacional

Gestion  
Estrategica  
de Talento  
Humano

Talento  
Humano

Plan estratégico de talento humano	<p>Mediante Resolución 041 de Enero de 2019, se adopta el plan estratégico de Talento Humano, que tiene como objeto desde la alineación de los principios organizacionales en donde se define la misión y la visión, fortalecer en lo referido al ingreso, desarrollo y evaluación del personal, al igual a las encaminadas al mejoramiento de las condiciones del ambiente de trabajo y el clima organizacional. Para la implementación de esta estrategia la entidad actualizó el plan de vacantes que permite la actualización de los empleos vacantes en la empresa, de igual manera se actualizó el plan de previsión de recursos humanos el cual permite realizar el análisis de necesidad del personal en las dependencias en relación con la planta actual y donde para lograr el objetivo se creó el plan de capacitaciones con el fin de fortalecer los conocimientos y habilidades del talento humano de la entidad.</p> <p>A partir de los resultados del autodiagnóstico ejecutado en el marco de MIPG, la Dependencia elaboró el Plan Estratégico de Talento Humano que integra los planes de Bienestar, Institucional de Capacitación y Anual de Vacantes. Este plan se puede observar en la página WEB de la entidad <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a>.</p>
Plan de seguridad y salud en el trabajo.	<p>El Hospital Universitario San José E.S.E acogiendo al artículo 1 del decreto 1443 de 2014 "Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)", ha diseñado en este documento los aspectos técnicos para el desarrollo del Sistema con el fin de realizar control de los peligros a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores de la institución. Por medio del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, se pretende mejorar la calidad de vida y salud de los trabajadores y servir como instrumento para el desarrollo hacia la calidad del proceso, productividad y eficiencia de la empresa. El HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ E.S.E cuenta con un comité de convivencia laboral dando cumplimiento a lo establecido en las resoluciones 652 y 1356 de 2012, creado como medida preventiva para el acoso laboral. Sesiona de manera trimestral o en casos que requieran intervención inmediata. El comité de convivencia cuenta con un manual en donde se establecen las funciones y responsabilidades de los miembros y describe el funcionamiento del mismo.</p> <p>- Registro: Acta de Constitución Comité convivencia Laboral - Documento: Manual de Funciones Comité de convivencia laboral y Registro: Acta de Reunión (Actas de reuniones del Comité de convivencia laboral).. Durante el 1er semestre del 2019, el área de Seguridad y salud en el trabajo a realizado las siguientes actividades:</p>
Evaluación de desempeño	<p>La oficina de Talento Humano Mediante Resolución 033 de enero 20 de 2017, adoptó la metodología del Acuerdo 565 de 2016 dando cumplimiento a literal c del numeral 5 del Artículo 8 de la Comisión Nacional del Servicio Civil, en donde se presenta el consolidado obtenido en el proceso de evaluación del desempeño laboral de los periodos entre el 01 de febrero de 2017 al 31 de enero de 2018, y del 01 de febrero de 2018 al 31 de enero de 2019, la evaluación de desempeño parcial semestral del periodo del 2018, mediante Resolución 050 de 30 enero de 2018, se definieron los evaluadores y las comisiones evaluadoras, mediante oficio del 12 de febrero de 2018, se informó a los evaluadores y comisiones evaluadoras la designación adoptada mediante Resolución 50 de 2018, al producirse la reubicación se comunica la nueva designación al evaluador o comisión evaluadora y al funcionario. En el desarrollo del proceso de evaluación se presentaron las siguientes situaciones: 1. La solicitud de la Sra Cristina Pito para la revisión de su evaluación. 2. Durante el periodo de evaluación se pensionaron 5 funcionarios. 3. Con relación a los incentivos se publicó el proceso adelantado para determinar la viabilidad de la provisión de empleos de carrera administrativa mediante encargo, y en este proceso se correspondió el derecho de encargo a 6 Enfermeros Gr1, que se encuentran vacantes, y tomaron posesión del cargo el 1 de abril de 2019. La oficina de Talento Humano anexa en archivo excel el resultado consolidado obtenido en la evaluación de desempeño laboral del periodo 1 de febrero de 2018 al 31 de enero de 2019.</p>
Plan de Inducción y Reinducción	<p>Mediante Resolución 042 de enero de 2019, se adopta el plan Institucional de Capacitación, que de acuerdo a la cartilla "Plan Nacional de Formación y capacitación expedida por el DAFP, en el año 2017, los lineamientos de la política plantean un novedoso abordaje en la orientación y priorización de temáticas para desarrollar y articular programas de capacitación, incluyendo la inducción y reinducción, hacia el fortalecimiento de las capacidades de los servidores a las necesidades institucionales en un proceso de mejora continua. A la fecha la oficina de Talento Humano está actualizando el procedimiento de Inducción en el Hospital cuyo objetivo es "Favorecer el proceso de adaptación del nuevo colaborador en relación a los aspectos generales de la Institución" Se establecieron dos modalidades: La modalidad presencial, por medio de la cual se socializan los temas establecidos mediante estrategias pedagógicas breves que permiten una mayor adherencia a los procesos institucionales; y de la modalidad virtual mediante la evaluación de los temas vistos, a través del aplicativo "Gestión del Talento Humano" intranet esto se hace cada vez que ingrese el funcionario a la entidad, cuentan con un cronograma anual de inducción general 2019. El plan de reinducción según el art.64 de la Ley 190 de 1995 establece que las entidades públicas tendrán además de la del proceso de inducción el de reinducción este plan de reinducción debe impartirse para todos los empleados, se debe realizar como mínimo cada dos años o cuando la institución enfrente cambios en sus procesos.</p>
Clima organizacional y ambiente físico	<p>De acuerdo a los resultados de la encuesta de clima organizacional 2018, en el año 2019 se proyectó una matriz de capacitaciones psicológicas en sesiones breves para intervenir resultados bajos en cuanto a clima organizacional, los temas fueron, Comunicación asertiva, trabajo en equipo y resolución de conflictos, para el mejoramiento del clima organizacional, estas sesiones breves fueron realizadas en tiempos de 45 minutos aproximadamente en los siguientes servicios: Ginecología, UCINT, talento humano, sala de partos, rehabilitación, salas pediatría, central de esterilización, banco de sangre, nefrología, urgencias pediátricas, unidad de quemados, cirugía, endoscopia, UCI I-II, imágenes, UCIP, medicas, quirúrgicas I-II, traumatología, unidad mental, médico quirúrgicas, urgencias adultos, consulta externa, farmacia, tesorería, archivo, ventanilla única, sistemas, control interno, planeación, almacén, auditoría de cuentas, vigilancia y control, estadística, cartera, venta de servicios, calidad, facturación, referencia y Contrareferencia, economato, oncología, lavandería, solo por servicios aseo, docencia servicio, gestión ambiental, laboratorio clínico, patología, comunicaciones, mantenimiento y grupo de educación; a su vez se realizó la socialización de los resultados de clima organizacional a nivel general a los líderes y coordinadores de cada servicio que fueron citados por oficio con anterioridad, con una duración de 1 hora aproximadamente, también se realizó la socialización de los resultados de clima organizacional en particular a los servicios de Quemados y UCIP, las actividades anteriormente mencionadas se realizaron de enero de 2019 a la fecha.</p>

<b>Subgerencia Administrativa a Jefe Talento Humano</b>	<b>Integridad</b>	Codigo de integridad	Implementación del código de integridad institucional Mediante la Resolución N°310 de junio 18 de 2018 , por la cual se adopta el código, de conformidad con el Decreto N° 1499 de 2018, en donde uno de los objetivos de MIPG es fortalecer el liderazgo de talento humano bajo los principios de integridad y legalidad de acuerdo al DAFP el hospital incluye los cinco valores ellos son; HONESTIDAD, RESPETO, COMPROMISO, DILIGENCIA, JUSTICIA, en donde el área de talento humano es quien lidera la formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y socialización de los planes de la integridad a través del intranet de la entidad y socialización de los coordinadores con el personal a cargo, se encuentra publicado en la página <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a> , por parte de la oficina de Control Interno, se recomendó a la oficina de Talento Humano, que para cada vigencia fiscal se haga una socialización masiva del Código de Integridad, como se hace con el Código de Ética, realizado por la Dra Yolanda Botero, Coordinadora del área de Ética Médica.
		Planes de Acción.	En el 2018, se evaluaron 26 POD administrativos, con un porcentaje de avance del 97%, y 21 asistenciales con un avance del 98%. Dando aplicabilidad al MIPG, la oficina de Planeación, en enero de 2019, toma la determinación de no realizar Planes Operativos por Dependencias, sino solo planes de acción, recomendación apoyada por la oficina de Control Interno, y con el nuevo Jefe de Planeación, recomienda a la Gerencia que se realicen los planes de acción a todos los procesos, los cuales fueron estructurados, socializados y aprobados en el primer semestre del 2019, cuyo avance se determinará en los meses de septiembre y diciembre de 2019.
		Plan de Gestión Integral del Riesgo (PGIR)	La Gobernación del Cauca, mediante oficio del 25 de julio de 2016, notifica al Hospital Universitario San José, que no continúan con ejecución del Plan de Gestión Integral de Riesgos -PGIR- por haber sido categorizado sin riesgo, con la Res 2184 de 2016, aun así, la oficina de Planeación, en la vigencia del 2017, realizó el análisis, y por recomendación de la oficina de Control Interno, es necesario que se siga realizando la medición del riesgo financiero, para no estar en riesgo medio o alto, que pueda afectar las finanzas del Hospital.
		Con el marco estratégico de la entidad por parte del equipo directivo, que permite trazar la hoja de ruta para la ejecución de las acciones a cargo de toda la entidad, y llevarla al logro de los objetivos, metas, programas y proyectos.	Con una inversión superior a los 165 millones de pesos, en el 1er semestre de 2019, se está invirtiendo en la infraestructura de varias áreas asistenciales que permitirá avanzar en una mejor atención y dar apertura a nuevos entre ellas están: 1-La instalación de nuevos ascensores, de los cuales a la fecha ya se inauguró 1, de la misma forma se trabaja en la optimización de las redes sanitarias de la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos. 2- En el servicio de Hospitalización 4 piso, obra para cumplir con las condiciones de habilitación según resolución 2003 de 2014. 3- El servicio de Zona de Ropas de juegos en el patio de pediatría y la construcción de una cubierta frente a la entrada principal del Hospital. 4- El servicio de Central de Mezclas, se espera las Certificaciones de BPE y BPM (Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) y Manufactura (BPM)), que consiste en el cumplimiento de una serie de normas de carácter técnico, las cuales aseguran la calidad de los procesos que incluyen medicamentos dentro de la institución, Para la certificación de este servicio era indispensable su adecuación cumplir con las condiciones estipuladas en la resolución 444 de 2008 y su anexo técnico, la visita la realizará el Invima los días del 22 – 25 del mes de octubre de 2018.
		Indicadores, en procesos asistenciales y administrativos. MASTER.	La oficina de Control Interno realizaba en el 2018, los indicadores de la Res. 408, y estos están incluidos dentro del MASTER, y se recomienda a la oficina de Planeación que lidere la realización de los indicadores del área administrativa en conjunto con la Sub Gerencia Administrativa, ya que estos fueron los analizados por el Ministerio de Salud, en donde el Hospital Universitario San José, quedó en último lugar. En reunión del 10 de enero de 2019 con las oficinas de Planeación, Calidad y Control Interno, se determinó que los indicadores administrativos, se deben analizar en agosto del 2019, ya que los indicadores asistenciales los lleva Calidad. De los 122 indicadores del MASTER, no cumplieron el máximo aceptable 16, y tienen plan de mejoramiento con fecha de corte a Julio del 2019. Se sugiere: Retroalimentar las actividades, los responsables de la captura, reporte, análisis, socialización y seguimiento de los indicadores institucionales del Hospital Universitario San José de Popayán, tanto asistenciales como administrativas en forma trimestral. Que se realice una reunión de análisis entre estadísticas, planeación y calidad para analizar la información de los indicadores tanto administrativos como asistenciales, ya que algunos se trabajan en los planes de acción.
		Formulación del Plan Anual de Adquisiciones PAA, para la vigencia 2019, el cual contiene las adquisiciones de bienes y servicios que requiera una entidad, con cargo a los presupuestos de funcionamiento y de inversión.	Mediante Circular 0107-02-2018, las oficinas de Planeación y de Almacén con el apoyo de la oficina de Control Interno, solicitaron a todas las áreas diligenciar el formato del Plan Anual de Adquisiciones para el 2019, el cual fue aprobado mediante Resolución 016 del 14 de enero de 2019 por un valor de \$140,717,579,430, publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP, según lo dispuesto en el Artículo 06 decreto 1510/2013 el cual se puede consultar a través de la página Institucional <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a> Para la vigencia 2019 el proceso de gestión administrativa continúa trabajando en recopilar la información y de esta forma consolidar el plan anual de Adquisiciones correspondiente para el siguiente periodo.
		Evaluación y ajustes de mapas de riesgo (proceso, acción, establecida, acción cumplida, porcentaje de cumplimiento)	Mediante oficio del 10 Junio de 2019, la oficina de planeación remite el mapa de riesgos, cuya socialización, asesoría, revisión y ajuste de los mapas de riesgo se realizó el 30 de mayo de 2019, cuya acta se anexa, a los responsables de los mismos, en donde se estableció la necesidad de ajustar 27 asistenciales y en procesos de actualización o construcción 26, y para ajustar 36 administrativos y en procesos de actualización o construcción 35, el seguimiento se realizó en julio de 2019 y en enero de 2020. A la fecha la oficina de Control Interno realizó la verificación y seguimiento en el cumplimiento de las actividades, teniendo en cuenta que se solicitó en el mes de Febrero de 2019, a la oficina de Planeación la carpeta compartida, en donde se pudo establecer que no todas las evidencias se encontraban en esta carpeta, ya que algunas evidencias del mapa de riesgos también son evidencias de los POD, por lo que se solicitó a la oficina de Planeación, realizara una carpeta en físico, clasificando las evidencias del mapa de riesgos y de los POD, de manera independiente. Es por esto que la oficina de Control Interno está realizando un nuevo informe de mapa de riesgos del 2018, con las evidencias en físico, en el mes de marzo de 2019.

<p>Análisis y valoración del riesgo en los procesos administrativos y asistenciales que impidan el logro de su propósito fundamental y las metas estratégicas.</p>	<p>La oficina de Planeación durante el 1er semestre realizó un proceso de acompañamiento a cada uno de las áreas responsables de los mapas de los riesgos, para determinarlos con la respectiva valoración, quedando 38 administrativos y 26 asistenciales, los cuales se evaluarán en el mes de agosto de 2019, para determinar su cumplimiento y ajuste si se hace pertinente.</p>
<p>Eventos adversos asistenciales en el programa de seguridad del paciente seguimiento y cumplimiento.</p>	<p>En cuanto al programa de seguridad del paciente se realiza resolución de adopción de paquetes instruccionales de seguridad del paciente y se procede a eliminar de la gestión documental los procedimientos relacionados con los lineamientos de la política. De acuerdo a las recomendaciones de la última visita de la SSDC se realiza actualización del PAMEC incluyendo actividades más allá de los estándares de habilitación como fue la realización del primer encuentro regional de seguridad del paciente el cual estuvo dirigido a los niveles de atención primario y complementario para así lograr la articulación en el proceso de seguridad del paciente implementado en la institución. En el primer trimestre del 2019, se observa que de los reportes de eventos adversos, El primer lugar es por flebitis con 93 casos que equivale a 46.2%, en el segundo lugar úlceras por presión 31 (15.4%), tercer lugar Caídas con 30 (14.9%), cuarto lugar auto retiros, 25 (12.4%), quinto lugar problemas de salud por no recibir un medicamento que se necesitaba 11,(5.4), sexto lugar Fugas 5 (2.4%), séptimo lugar IAAS 4 (1.9), se trabajara en el programa 0 flebitis Para mitigar los daños a los pacientes relacionados con los eventos más frecuentes, se realizan talleres teóricos prácticos en barreras y prácticas seguras, Autorondas y rondas de seguridad. En vista que continua la flebitis como primera causa de eventos clínicos reportados, se sugiere desde seguridad del paciente la implementación de un equipo para manejo exclusivo de los catéteres periféricos y la implementación del uso de el catéter central de inserción periférica, el cual tiene menor relación con la aparición de flebitis.</p>
<p>Atención al Usuario -SIAU- Satisfacción al usuario.</p>	<p>El Hospital, tiene una oficina de atención al usuario (SIAU), donde se garantiza el sist de inf y atención a los usuarios a través de una atención personalizada, cuenta con una línea telefónica abierta con atención permanente de 24 horas la 018000415195. Se cuenta con 10 buzones para la recepción de las PQRS, se esta trabajando para la implementación de un buzón en cuidados intermedios y otro en medico quirúrgicas sala 1 y 2. La apertura de los buzones se realiza los martes y viernes y lo realiza la coordinadora del área, una auxiliar de enfermería, un representante de la liga de usuarios y de la personería Mpal, se realiza conteo de los formato encontrados en cada uno de los buzones, se clasifica, se realiza acta, limpieza y cierre del buzón. Los Canales de acceso de la información con que cuenta la entidad para servicio de los usuarios son : -Oficina de atención al usuario: ubicada en la consulta externa del HUSJ, donde se brinda atención de lunes a viernes de 7 am a 6 pm . -Línea telefónica: 8200972 y 8234508 extensión 202. -Correo institucional: siau@hospitalsan jose.gov.co. -Buzones de sugerencias ubicados en cada uno de los 3 pisos de la institución. -La pagina web de la institución cuenta con un link para el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción y para PQRS. En el primer semestre de 2109, según información suministrada por la oficina del SIAU, y corroborada por la oficina de C.I, mediante informes trimestrales, en las PQRSF, se presentaron 130 quejas, equivalente a un 24%, sugerencias 53 a un 10%, y felicitaciones 352, a un 66% por los cuales se realizaon planes de mejora de gran importancia para tomar acciones correctivas lo cual nos permite mejorar. En el año 2018 el análisis de causa se evidencio el compromiso frente al proceso y a la realización de esta actividad de obligatorio cumplimiento. Acciones de mejora implementadas se realiza seguimiento para que se de respuesta oportuna y se envía recordatorio a los coordinadores de acuerdo al registro que se lleva, en este año mejoro y la oficina del SIAU realiza intervención personalizada a las quejas para dar respuesta al usuario en el termino establecido por la ley. De las 130 quejas se ha respondido 99 falta contestar 31, que son de 10 procesos y equivale al 24%. La oficina del SIAU realiza intervención personalizada a las quejas y así poder responderle al usuario en el termino establecido por la ley. En el 2018 la tasa de satisfacción global fue del 97% cumpliendo con la meta establecida, evidenciando el mejoramiento continuo y quedando dentro del rango SATISFACTORIO, comparado con el año anterior mejoro cabe resaltar que se realizaron 4.320 encuestas de satisfacción, se brindo educación, orientación y divulgación de los DEBERES Y DERECHOS. se ha notado un avance positivo frente a la prestación del servicio. Una de las observaciones planteadas por la Oficina de C.I, es la de realizar el análisis de los planes de acción, remitidos en las respuestas son deficientes, ya que no se maneja un instrumento donde se realice las tareas que se deben ejecutar, asignando responsables, tiempo y recursos para lograr un objetivo y poder evaluar la mejora continua del proceso, por ende las recomendaciones son: 1. Análisis del cambio del formato de plan de mejora de la contraloría municipal, 2. Realizar un plan de mejoramiento por parte del coordinador en proceso de urgencias para disminuir las quejas por falta de oportunidad. 3 Desarrollar una estrategia para controlar la queja de mal trato por parte del talento humano y humanización. 4. Hacer cumplir el parágrafo quinto "obligaciones del sindicato" 5. Atender adecuadamente a los usuarios del hospital, brindando un trato amable y humanizado a los usuarios y sus acompañantes, evitando que se generen quejas por maltrato. Estándar de cero (0) quejas comprobadas por maltrato. 6. Mantener relaciones de cordialidad, respeto y colaboración con el equipo de trabajo y funcionarios de otras dependencias. 7. Responder a las manifestaciones según lo establecido en el procedimiento institucional. 8. Clasificar las quejas según el procedimiento de trámites de sugerencias, quejas y felicitaciones, código MSI-AT-PD02 que es : Falta de oportunidad, Incumplimiento de horario, Maltrato, Central de gases medicinales y central de mezclas</p>

		<p>El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. teniendo presente el decreto 1499 de 2017 expedido por la función pública se encuentra realizando la implementación del modelo integrado de planeación y gestión. Dicha implementación ha sido operativizada con el manual operativo del MIPG versión 2017, el cual se complementó con requerimientos establecidos con los decretos 611 y 612 de 2018 de la función pública hasta la fecha. Se realizaron reuniones con los jefes y líderes de proceso de la entidad donde se les socializo la información básica relacionada a la implementación del MIPG y su participación y responsabilidad en el mismo. Se adoptó el modelo integrado de planeación y gestión – MIPG por medio de la resolución N° 0158 del 22 de marzo de 2018.</p> <p>Mediante la resolución N° 0159 de 22 de marzo de 2018, se creo y adopto el comité institucional de gestión y desempeño, y con resolución N° 0189 de abril de 2018, se creo y adopto el comité institucional de Control Interno, los cuales seran ajustados, por sugerencia de la oficina de C.I., teniendo en cuenta que en estos actos administrativos se definen claramente las funciones de cada uno de los miembros del Comité, así como las funciones. Teniendo en cuenta que en el mes de enero de 2019, hubo cambios del personal que habia recibido las capacitaciones sobre la implementación del MIPG, durante el 1er semestre la oficina de C.I. se encargo de prestar este asesoramiento igualmente a que participaran en las distintas capacitaciones sobre el MIPG. En el mes de febrero se envió la circular a cada uno de los responsables de diligenciar y entregar las evidencias de la encuesta del FURAG II, la cual debe reportarse hasta el 15 de marzo de 2019, por parte de las oficinas de Planeación y Control Interno, cada uno con la clave respectiva, cuyo resultado fue enviado por el DAFP en el mes de marzo de 2019, el cual fue socializado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y entregado en el mes de Mayo de 2019, para determinar los planes de acción a implementar, en donde cada uno de los responsables determinaron las acciones, y los plazos para su cumplimiento.</p>
		<p>Mejora en reuniones realizadas por el proceso de atención al usuario con la liga de usuarios y veedores.</p> <p>La Oficina de Sistema de Atención al usuario realizó seis (6) reuniones durante el primer semestre de 2019 con la liga de usuarios y veeduría ciudadana en la cuales se manifiestan las no conformidades encontradas en la prestación del servicio de salud y se realiza el respectivo seguimiento.</p>
		<p>Plan de mejora PAMEC.</p> <p>El PAMEC es la manera particular en que la Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, en cumplimiento del PAMEC, según informe del 1er trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento del 77.8% que corresponde a 7 actividades, que son de : Gerencia con un 60%, Direccionamiento 100% , Asistencial 77.8% ,Gerencia de información 40%, Gestión Ambiente físico 72,7% , Mejoramiento de la Calidad 100% y Talento Humano 90%. se continua avanzando para el fortalecimiento de la entidad.</p>
		<p>Indicador austeridad en el gasto público y eficiencia en los recursos</p> <p>Mensualmente el proceso de presupuesto elabora el indicador de seguimiento el cual es socializado en los comités financieros. A 31 de agosto de 2018 el Hospital se encuentra categorizado "con riesgo bajo, durante el 2018 se entregaron a la Gerencia los cuatro (4) informes de Austeridad del Gasto, con las observaciones de cada uno de los rubros en donde el incremento entre los trimestres de las vigencias de los años 2017 y 2018, se incrementan en un 10%. durante el 2019, se ha entregado el informe de austeridad del Gasto del 1er trimestre, en donde se presento una disminucion significativa en rubros como comunicaciones y transporte, materiales y suministros, impresiones y publicaciones y en otros gastos, servicios publicos y gastos de viaje, donde se nota que el area Administrativa y Financiera a seguido las recomendaciones realizadas por la oficina de Control Interno, para aplicar mecanismos de austeridad en el gasto y la administración eficiente de los recursos.</p>
Planeación Control Interno	Gestión Plan Anticorrupción.	<p>Plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano.</p> <p>La entidad cuenta con un plan anticorrupción mediante resolución 096 del 15 de febrero del 2018, por medio de la cual se ajusta el plan anticorrupción y de atención al ciudadano en donde su socialización y divulgación mediante mecanismos pagina web del hospital, correos institucionales, en donde la oficina asesora de planeación, lo implementa y la oficina de control interno, realiza la verificación en el cumplimiento de las actividades, se entregaron y publicaron los tres (3) informes correspondientes al año 2018. Para el 2019, la oficina de C.I., una vez realizo la revisión del 2018, solicita a la oficina de Planeación que realizara un ajuste al PAAC para el 2019, teniendo en cuenta el MIPG, como así lo hizo y lo presento en el mes de enero de 2019, por lo cual con oficio del 15 de mayo de 2019, fue entregado a la Gerencia y publicado en la pagina web del Hospital el informe del PAAC del 1er cuatrimestre del 2019.</p>
	Acciones para mitigar los riesgos del mapa del plan anticorrupción	<p>En materia de riesgos, la entidad ha venido trabajando para que el tema sea gestionado de manera continua, al interior de todos los procesos y dentro del que hacer institucional de manera cotidiana. Esto, en parte se puede observar en los instrumentos que para este tema se han configurado dentro de la estructura que soporta la gestión, en este caso, políticas de operación, procesos y procedimientos, y mapa de riesgos.</p> <p>Respecto al Control de los riesgos, el área de Planeación informó en el presente seguimiento, sobre la revisión y actualización de estos, incluyendo para ello el diseño del control (Responsable, objetivo, frecuencia, cómo se lleva a cabo el control; entre otros.), ejecución de los controles definidos para los procesos, y en general lo relacionado con los controles, incluido lo que pasa con las desviaciones y/o excepciones, se solicitó a la oficina de Planeación que se realizara un ajuste al plan anticorrupción y atención al ciudadano para el 2019, teniendo en cuenta el nuevo modelo integrado de planeación y gestión -MIPG-</p>
	Gestión Presupuestal	<p>El jefe de presupuesto o quien haga sus veces, es quien expide el Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP a través del Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF Nación</p> <p>El certificado de disponibilidad es expedido por el jefe de presupuesto o quien haga sus veces, CDP que es expedido en la plataforma DGH - Módulo de Presupuesto, se recomienda por parte de la oficina de Control Interno, que los CDP, tengan una vigencia de máximo 3 meses, sino se liberan los recursos para darle continuidad y agilidad a la ejecución del presupuesto. Según auditoría realizada por la Contraloría del área Financiera- Presupuesto de la vigencia del 2018, quedo un hallazgo que dice "Condición: En el Presupuesto de Ingresos de la vigencia 2018 aprobado mediante Acuerdo No. 012 de noviembre 28 de 2017, el Hospital Universitario San José E.S.E., no hizo la apropiación presupuestal ni la adición de la cuenta Aportes, Convenios y Contribuciones que le hizo el Departamento por \$1.828.967.263, el Municipio por \$317.493.781 y por Otros Ingresos Corrientes el valor de \$1.402.675.805. Criterio: Decreto 115 de 1996 artículo 12, Ley 734 de 2002 artículo 34 numeral 3., Ley 1797 de 2016 artículo 17. Causa: Falta de control y seguimiento en los procesos internos de la Entidad y no aplicación de las normas de Presupuesto. Efecto: Presunta incidencia disciplinaria", por el cual se suscribio el plan de mejoramiento cuya acción correctiva se estableció en, "Revisión de los procedimientos Internos en la aplicación de las normas de presupuesto", con un plazo de cumplimiento hasta el 31 de agosto de 2019", por lo cual la oficina de Control Interno, realizara el respectivo seguimiento.</p>

<b>Gestión con Valores para el Resultado</b>	<b>Planeación Calidad Talento Humano Salud ocupacional Comunicaciones Control interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documental Jurídica Gestión ambiental Presupuesto</b>	<b>Participación Ciudadana</b>	<p>Política de Participación Ciudadana.</p> <p>los canales espacios, mecanismos y medios (presenciales y electrónicos) que empleó la entidad para promover la participación ciudadana son idóneos de acuerdo con la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés.</p>	<p>La política de participación ciudadana se está trabajando para su implementación de acuerdo a los lineamientos de MIPG, en la entidad a través del área de comunicaciones se realizan diferentes ejercicios de participación ciudadana como rendición de cuentas, liga de usuarios, reuniones con junta directiva, actividades de responsabilidad social entre otros la cual se verifica en la página institucional <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a>.</p> <p>Desde Sistemas de la Información se diseñan herramientas informáticas que facilitan el flujo de la información, en especial en el manejo de la historia clínica electrónica y reporte de eventos adversos y riesgos a nivel interno se publica en la página institucional <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a></p> <p>En los comités Institucionales de Gestión y desempeño realizados en el 1er semestre de 2019, se determinó la necesidad de vincular una persona responsable y encargada del tema del sistema Único de Información SUIT, los medios de comunicación, la gestión documental, los sistemas de información, con el fin de brindar y promover dentro de la entidad la participación ciudadana y a los grupos de valor, para una óptima prestación del servicio.</p>
		<b>Rendición de Cuentas</b>	<p>Esta definido el proceso de actualización de los canales de publicación y divulgación a través de los cuales la entidad dispondrá la información necesaria para el ejercicio de rendición de cuentas.</p>	<p>El Hospital Universitario San José ESE, realizó el proceso de rendición de cuenta el pasado 29 de marzo de 2019, en el auditorio de la Alcaldía de Popayán, en donde presentó el informe de gestión correspondiente al 2018, a cargo de la Sra Gerente Derlin Delgado Rodríguez, cuyos temas tratados fueron: 1. direccionamiento Estratégico, 2. Identidad corporativa, 3. Riesgo financiero 4. Cumplimiento de Metas (Plan de acción 2018, Apertura de nuevos servicios, y Adecuación de servicios), 5. Gestión en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad. 6. Gestión para el desarrollo del Talento Humano. 7. gestión de Contratación. 8. Gestión de Inversión en infraestructura y equipos. 9. Gestión para alcanzar la estabilidad financiera. 10. Gestión en Producción de Servicios. 11. Gestión de PQRSF y 12. Preguntas. Se adelantó la difusión mediante la emisora Popayán Estéreo y páginas web de medios de comunicación. Se contó con la participación de 203 personas y se facilitaron los espacios de intervención durante la audiencia pública y los asistentes de la audiencia pública realizaron la evaluación de la misma a través de la encuesta establecida para ello. Las recomendaciones presentadas por la oficina de comunicaciones y de planeación son encaminadas a fortalecer el proceso de participación ciudadana en la formulación de la audiencia de rendición de la cuenta de gestión y la participación activa de cada uno de los procesos asistenciales y administrativos. Mediante acuerdo 05 de marzo 19 de 2019, se evalúa el cumplimiento del plan de gestión de la gerente de la vigencia 2018, por parte de la junta directiva, bajo la resolución 408 de 2018.</p>
		<b>Gobierno Digital</b>	<p>Ventanilla única de correspondencia (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos)</p>	<p>Le entidad cuenta con un procedimiento de la ventanilla única de correspondencia en donde se recibe, receptiona y unifica la información interna y externa, toda información oficial se debe radicar por ventanilla, la correspondencia recibida es debidamente abierta y revisada para su clasificación, escaneo y trámite, la correspondencia se archiva electrónicamente de acuerdo a la estructura de las tablas de retención documental de la entidad, por cada comunicación recibida se diligencian los datos requeridos por el software de gestión DOCUNET, el cual arroja el estiker con el número de radicación.</p> <p>Cada año automáticamente el software reiniciará la numeración desde el dígito uno. El horario y atención al público interno y externo es de lunes a viernes en el horario de oficina de 8:00 a 12:00 am y de 2:00 a 6:00 pm. A principios de año el Proceso de Gestión Documental envía el cronograma para la entrega de las transferencias documentales. Dentro del Plan General de Auditorías, aprobado por el comité Institucional de Control Interno, se estableció realizar la auditoría de este proceso el cual se inició en el mes de octubre de 2018 y se terminó con la suscripción del respectivo plan de mejoramiento individual. Según requerimiento de la oficina de archivo del Departamento, es necesario la actualización de las tablas de retención documental, procedimiento que a la fecha se está realizando.</p>
		<b>Gobierno Digital</b>	<p>Política de seguridad y privacidad de la información.</p>	<p>La entidad cuenta en su estructura con un proceso para las comunicaciones tanto internas como externas, el cual mantiene una dinámica permanente de entrega de información sobre el que hacer institucional, a través de los distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a> uno de los más importantes. La disposición de los medios de comunicación para sus comunicaciones y espacios de información, va desde la intranet y página web institucional, donde cotidianamente se publican las novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional, hasta los encuentros mensuales de la Gerencia con toda la organización, pasando por boletines varios entre ellos el externo, mensajes a través del correo interno, comités, y disposiciones como reuniones internas de las áreas, particularmente para la socialización de los Comités de Dirección, se continúa trabajando para la creación y adopción de la política de seguridad de la información.</p>
		<b>Gestión Política defensa Jurídica</b>	<p>El área jurídica de la entidad cuenta con procedimientos para gestionar prestamos y consultas a documentos que forman parte de las pruebas que están ubicados en otras áreas de la entidad.</p>	<p>En el mes de Junio de 2019, se realiza la actualización y ajuste del reglamento del Comité de Conciliación y defensa judicial del Hospital Universitario San José, de conformidad con lo dispuesto en el decreto nacional 1069 de del 2015 y el decreto 1167 del 2016, y en los distintos comités de conciliación se ha insistido mucho a los abogados externos en la realización de las acciones de repetición, siguiendo los procedimientos administrativos del caso, y las directrices impartidas por la Procuraduría.</p>

Evaluación de resultados	Calidad Planeación Sistemas- Control Interno	Seguimiento o y evaluación del Desempeño Institucional	Indicadores validados que brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados	Existen avances importantes en este elemento, se estableció el tablero de indicadores el cual permite medir con mayor precisión la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión. La entidad debe reforzar la pertinencia, la aprehensión y fomentar la cultura en la interpretación y uso de los indicadores de gestión en el servidor público a todo nivel, puesto que se han observado deficiencias en el uso de esta herramienta para la toma de decisiones. La Coordinación de Calidad, informa que se está trabajando en la construcción del tablero del total de indicadores del Hospital, información enviada vía correo electrónico el 7 de marzo de 2019. Se envió la solicitud al Subgerente Administrativo, para que con el apoyo de la oficina de Planeación realice y consolide los indicadores administrativos, y se haga el correspondiente análisis, ya que por esta razón, de la falta de que no hay un responsable de los indicadores administrativos, fue la calificación dada por el Ministerio de Salud, ubicando al Hospital Universitario San José en el último lugar a nivel departamental.											
			Se comunica interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación de los indicadores	Se está trabajando para restablecer la ruta existente en el correo interno de la entidad en donde se tiene la opción de publicar los indicadores para consulta de los servidores públicos de la entidad, realizar las campañas de uso de apropiación de datos y herramientas, por lo que la oficina de control interno solicitó a las oficinas de planeación y calidad, crear carpetas compartidas para realizar la verificación y seguimiento de los distintos informes, para no generar triple solicitud de información a las distintas áreas, las cuales antes de suscribirse se realiza una mesa de trabajo o consolidación para que la información sea fiable y conciliada con las distintas áreas.											
			Se cuentan con encuestas de satisfacción del ciudadano.	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En el primer trimestre del año 2019 la satisfacción global fue del 97% cumpliendo con la meta propuesta. Se logra que la satisfacción permanezca por encima de la meta propuesta gracias a al compromiso y las actividades realizadas por cada servicio brindando atención segura y humanizada igualmente que el área del SIAU en aras del mejoramiento continuo realiza actividades diarias como: Divulgación de deberes y derechos educación y atención personalizada, y dando solución a las necesidades de los usuarios.											
			Porcentajes autodiagnósticos y planes de acción MIPG	<p>En el mes de marzo de 2019, se diligenció la encuesta del FURAG II, cuyo resultado se entregó por parte del DAFP, en el mes de abril, información que fue analizada y socializada por la oficina de planeación, quien en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del mes de Junio de 2019, para dar la iniciación de los planes de acción, teniendo en cuenta también los autodiagnósticos, reportados y actualizados en el primer semestre de 2019. La oficina de Planeación suscribió compromisos con cada uno de los responsables de los planes de acción de MIPG, los cuales quedaron estipulados así:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Autodiagnóstico</th> <th>Plan de acción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Código de Integridad</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Direccionamiento estratégico y planeación</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Defensa jurídica</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Servicio al ciudadano</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Evaluación Institucional</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>de Cuentas</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Para un total de 49 planes de acción de MIPG, suscritos de los cuales se realizará un 1er informe de avance en el mes de septiembre de 2019.</p>	Autodiagnóstico	Plan de acción	Código de Integridad	7	Direccionamiento estratégico y planeación	4	Defensa jurídica	26	Servicio al ciudadano	3	Evaluación Institucional
Autodiagnóstico	Plan de acción														
Código de Integridad	7														
Direccionamiento estratégico y planeación	4														
Defensa jurídica	26														
Servicio al ciudadano	3														
Evaluación Institucional	3														
de Cuentas	6														
				Rendición											
		Servicio al Ciudadano - SIAU.	Indicadores de las PQRS del área de atención al usuario	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En el primer semestre de 2019, según información suministrada por la oficina del SIAU, y corroborada por la oficina de C.I, mediante informes trimestrales, en las PQRSF, se presentaron 130 quejas, equivalente a un 24%, sugerencias 53 a un 10%, y felicitaciones 352, a un 66% por los cuales se realizan planes de mejora de gran importancia para tomar acciones correctivas lo cual nos permite mejorar. El procedimiento de trámites de sugerencias, quejas y felicitaciones, se realiza a través del formato GAT-AT-PD2, versión 4.											
			Que trámites por medios electrónicos permite la entidad realizar al ciudadano	La página web <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a> de la institución cuenta con un link para el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción y la cual los ciudadanos encuentran una pestaña para efectuar sus PQRS.											

<b>Planeacion Calidad Salud ocupacional Comunicaci ones Control Interno Sistemas Estadistica Gestión Documental Juridica</b>	<b>Gestion Documental</b>	Programa de Gestión Documental de la entidad	<p>El hospital en su pagina institucional cuenta con el programa de gestion documental aprobado el 20 de abril de 2016 con una vigencia del 01 de mayo al 31 de diciembre de 2016 compuesto por las políticas con las que cuenta hasta el momento el proceso, el cual entrara en actualizacion desde el listado maestro y desde ahí recopilar la información de las áreas de la entidad y de esta manera ajustar y actualizar las tablas documentales, siguiendo la última actualización que ha tenido la institución. en el mapa de procesos y el organigrama, se continua trabajando para incorporar las series documentales electrónicas en las TRD. En la pagina institucional de la entidad se encuentra la política gestión documental, adoptada mediante resolución 0577 del 13 de agosto de 2014 y socializada en noviembre del 2014 al personal del hospital, la cual está compuesta por cinco lineamientos: Sensibilización al personal, capacitación y asesoría, organización y preservación, seguridad de la información, valoración documental. Según resolución 0698 del 17 de octubre de 2012, por medio de la cual se establecen pautas para el manejo de las comunicaciones oficiales del hospital, en donde para la adecuada prestación del servicio por el hospital y de los procesos de gestion documental que deben asumir las dependencias es necesario adoptar la normatividad interna para establecer el procedimiento para la produccion, recepcion, radicacion, direccionamiento, registro, entrega, distribucion, seguimiento, conservacion, y consulta de documentos en general, el area de Gestión Documental precisó que esta herramienta se esta trabajando de acuerdo al modelo de MIPG. Dentro del Plan General de Auditorias del 2018, la oficina de Control Interno realizo entre octubre y diciembre de 2018, la auditoria al Proceso de Gestion Documental en donde se establecieron 4 acciones correctivas dentro del plan de mejoramiento suscrito, que consisten en : 1. Reubicacion del archivo central, 2. Actualizacion del programa de gestion documental, 3. Actualizacion del listado maestro de series y subseries documentales y de esta manera ajustar y actualizar las Tablas de retencion Documental TRD, siguiendo la actualizacion del mapa de procesos y el organigrama de la entidad y 4. Ajuste al plan de accion y ampliar el plazo de las acciones que aun estan pendientes por realizar.</p>
		En la pagina web oficial de la Entidad en la sección "Transparencia y Acceso a la Información Pública" se encuentra información, localización física, horarios y días de atención al público, del Hospital.	<p>Se continua trabajando en la pagina institucional de la entidad <a href="http://www.hospitalsan jose.gov.co">www.hospitalsan jose.gov.co</a>, en la cual se tiene la seccion "transparencia " en donde se encuentra informacion de la entidad su ubicacion, horarios de atencion, direccion, lineas telefonicas y una linea telefónica 24 horas la 018000415195, ademas de los servicios ofertados para la atencion de los usuarios, los correos institucionales se crearon desde el año 2016, y en noviembre de 2018, migraron al nuevo servidor, donde la instruccion es que todos los servicios utilicen estos correos con la extension <a href="mailto:@hospitalsan jose.gov.co">@hospitalsan jose.gov.co</a>, ademas de la utilizacion del aplicativo DOCUNET para la informacion interna. El Coordinador del Proceso de Gestion Documental determino el cronograma de capacitaciones a realizar durante el mes de abril en donde se capacito a 91 funcionarios, asi mismo en jornada realizada por la oficina de aeguramiento de la calidad del 27 al 29 de noviembre de 2018, se socializaron las políticas de gestion documental y de cero papel a funcionarios y colaboradores de la Institucion.</p>
	<b>Gestion de Transparenci a y acceso a la Informacion</b>	La entidad publica su gestión contractual con cargo a recursos públicos en el SECOP	<p>Uno de los hallazgos reiterativos de los entes de control y de la oficina de control interno, es el no cumplimiento en el 2016 y 2017 de la publicacion de la contratacion a traves del sistema electrónico del SECOP II, de tal manera que la entidad cumpla con las obligaciones de publicidad de los diferentes actos expedidos en los procesos contractuales y permite a los interesados en participar en los procesos de contratación, proponentes y consultar el estado de los mismos, se hizo la verificacion en la oficina juridica, en donde se puede establecer que a partir del 1 de enero de 2019, se estan publicando todos los documentos en la plataforma del SECOP II, igualmente la oficina juridica realizo y socializo el ajuste del procedimiento para la legalizacion y publicacion de los procesos contractuales.</p>
	La entidad ha capacitado a sus funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	<p>La entidad esta trabajando en campañas de socializacion a los funcionarios en conocer la ley de traspariencia como lo pide el nuevo modelo de MIPG, y se solicito a la oficina de Talento Humano, priorizar esta capacitacion a nivel general para la vigencia del 2019. Una de las acciones establecidas en los planes de accion de MIPG, se tiene establecido que "A partir del mes de agosto se se realizara la traduccion de documentos de interes publico a lenguas como es MISION, VISION, VALORES, DEBERES Y DERECHOS, tramite de PQRS de comunidades indigenas", pero esta pendiente de la contratacion que se realice en el 2do semestre de 2019, para la contratacion del personal idoneo para esta actividad.</p>	
			<p>Los objetivos estrategicos determinados en el Plan de Accion del Proceso de Gestion del Talento Humano, es de tener personas satisfechas y contar con personal competente y satisfecho en el desempeño de sus actividades, para ello a determinado 3 estrategias como son: Identificar oportunamente las causas de insatisfacción del usuario para su corrección, Articular las acciones del proceso de talento humano con los proveedores de talento humano, Fortalecer la gestión del talento humano, y para su cumplimiento a determinado 6 actividades, como son: Implementar el plan de acción de Talento humano e integridad en el modelo integrado de planeación y gestión - MIPG, Elaborar y ejecutar el plan de gestión de talento humano, Formular y ejecutar el plan de capacitación institucional, Direccionar el proceso de evaluación del desempeño laboral, Formular y ejecutar el plan de bienestar social, y Realizar las gestiones para la creación de empleos temporales con miras a la formalización laboral, los cuales se evaluara su cumplimiento en el mes de septiembre de 2019.</p> <p>El 28 de diciembre de 2015 mediante la resolución N° 0769 "se modifica la política de gestión del riesgo del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado" a la fecha no ha tenido modificaciones</p>

Gestion de talento humano	<p>Manual de Funciones y Competencias Laborales: La Junta Directiva del Hospital Universitario San José E.S.E conforme al artículo 11 del acuerdo Municipal No 002 de 2004 es la encargada de determinar los manuales de funciones, este a su vez fue adoptado y actualizado mediante Acuerdo 015 del 25 de noviembre de 2016, el cual fue ajustado mediante Acuerdo 06 del 2 de Mayo de 2019, por la Junta Directiva del Hospital Universitario San Jose ESE, dando cumplimiento al Decreto 815 del 8 de mayo de 2018, "por el cual se modifica el decreto 1083 del 2015, Unico reglamentario del sector de funcion publica, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleados publicos, de los distintos niveles Jerarquicos", y a la Resolucion 0667 del 3 de agosto del 2018, "Por medio del cual se adopta el catalogo de competencias funcionales para las areas o procesos transversales de las entidades publicas". En sesion del 2 de mayo de 2019, la Junta Directiva acuerda ajustar el manual de funciones y competencias laborales para los diferentes empleos que conforman la planta global del hospital en lo referente a las competencias comportamentales para las areas y procesos transversales de la entidad quedando determinadas en los manuales de funciones de cada empleo distribuidas en competencias comunes, por nivel jerarquico, y especificas por nivel jerarquico. Talento humano es el corazon, alineado con los objetivos de la entidad a traves del plan de desarrollo que ademas se compone del eje trazador de humanizacion de la atencion en salud cuyo objetivo es fortalecer la gestion del talento humano enfocado en el trato digno y con vocacion de servicio, de la cual trata esta dimension, se enmarca en el desarrollo del Proceso de Gestión del Talento Humano, el cual reporta para la vigencia 2018 la formulación de su "Plan Institucional de Capacitación, Bienestar e Incentivos, Seguridad en el Trabajo" y "Plan Estratégico del Talento Humano (PETH) vigencia 2018", cuya construcción parte del Diagnóstico de Necesidades para su ejecucion se continua trabajando en el plan estrategico de talento humano integrado de acuerdo al nuevo modelo de MIPG</p>																												
Direcccionamiento Estratégico y Planeación.	<p>La entidad adoptó su Plan estratégico de Desarrollo Institucional 2016-2020 mediante acuerdo 004 del 23 de febrero de 2017 la Junta Directiva del Hospital Universitario San José a través del acuerdo 009 del 05 de junio de 2014 adoptó el Plan de Desarrollo Institucional, publicados en la página web <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a>. Los objetivos estrategicos determinados en el Plan de Accion, son Fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos, Mantener y mejorar la infraestructura y tecnologia institucional, Fortalecer los convenios docencia servicio, generando investigaciones conjuntas, Contar con personal competente y satisfecho en el desempeño de sus actividades, Fortalecer la toma de decisiones basadas en la información valida, completa y oportuna.</p> <p>La Junta Directiva del Hospital Universitario San José E.S.E, adopta mediante Acuerdo 06 del 2 de Mayo de 2019, dando cumplimiento al Decreto 815 del 8 de mayo de 2018, "por el cual se modifica el decreto 1083 del 2015, Unico reglamentario del sector de funcion publica, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleados publicos, de los distintos niveles Jerarquicos", y a la Resolucion 0667 del 3 de agosto del 2018, "Por medio del cual se adopta el catalogo de competencias funcionales para las areas o procesos transversales de las entidades publicas". En sesion del 2 de mayo de 2019, la Junta Directiva acuerda ajustar el manual de funciones y competencias laborales para los diferentes empleos que conforman la planta global del hospital en lo referente a las competencias comportamentales para las areas y procesos transversales de la entidad quedando determinadas en los manuales de funciones de cada empleo distribuidas en competencias comunes, por nivel jerarquico, y especificas por nivel jerarquico. El cual se puede consultar a través de la página Institucional <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a></p> <p>El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. para el año 2018 cuenta con 30 comités, de los cuales a la fecha se mantienen 26, debido a que la resol 447 de del 29 de agosto de 2018, unifico los comites de Tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo vigilancia, y transfusiones dentro del comite de seguridad del paciente, los cuales se les hace un seguimiento a lo largo del año para verificar el cumplimiento de los comites, su estado (activo, inactivo, fusionado), asistencia, entrega de actas y cumplimiento de tareas durante la vigencia. De acuerdo al Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, para el año 2018, se crea el comité de Gestión y Desempeño, el cual fue ajustado por recomendación de la oficina de Control Interno, en estemomento se encuentra en la oficina Juridica para la revision de la Resolucion de Adopción, los comités que a la fecha aplica la institución, son conforme a la recomendación de la recomendación de la función pública, estos son:</p> <table border="0"> <tr> <td>1-Bienestares Sociales e incentivos</td> <td>2- Conciliación y Defensa Judicial</td> <td>3- Convivencia Laboral</td> <td>4- Reincorporación y Reubicación Laboral</td> </tr> <tr> <td>5- Coordinación de Control Interno</td> <td>6- Docente Asistencial</td> <td>7- Paritario de Salud Ocupacional - COPASS</td> <td>8- GAGAS</td> </tr> <tr> <td>9- Calidad</td> <td>10- Comité de Ética para la Investigación</td> <td>11- Historia clínica</td> <td>12- Farmacia y Terapéutica</td> </tr> <tr> <td>Vigilancia Epidemiológica e Infecciones Intrahospitalarias</td> <td>14- Seguridad del Paciente</td> <td>15- Técnico de Planeación</td> <td>16- Ética</td> </tr> <tr> <td>Hospitalaria</td> <td>17- Re-uso de dispositivos médicos</td> <td>18 Seguridad de la Información</td> <td>19- Emergencias</td> </tr> <tr> <td>Financiero</td> <td>21- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud</td> <td>24- Tecnología</td> <td>26- Mercadeo y Venta de Servicios</td> </tr> <tr> <td>22- Mortalidad intrahospitalaria</td> <td>23- Comisión de Personal</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>22 cumplen con el 73 % de funcionalidad administrativa, (10) cumplen con el 3% de funcionalidad misional, y (1) el comité de reuso de dispositivos medicos se encuentra inactivo, y se fusionaron cuatro comites con el 13,%, los cuales a la fecha haran parte de a partir de agosto del Comite de seguridad del paciente.</p>	1-Bienestares Sociales e incentivos	2- Conciliación y Defensa Judicial	3- Convivencia Laboral	4- Reincorporación y Reubicación Laboral	5- Coordinación de Control Interno	6- Docente Asistencial	7- Paritario de Salud Ocupacional - COPASS	8- GAGAS	9- Calidad	10- Comité de Ética para la Investigación	11- Historia clínica	12- Farmacia y Terapéutica	Vigilancia Epidemiológica e Infecciones Intrahospitalarias	14- Seguridad del Paciente	15- Técnico de Planeación	16- Ética	Hospitalaria	17- Re-uso de dispositivos médicos	18 Seguridad de la Información	19- Emergencias	Financiero	21- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud	24- Tecnología	26- Mercadeo y Venta de Servicios	22- Mortalidad intrahospitalaria	23- Comisión de Personal		
1-Bienestares Sociales e incentivos	2- Conciliación y Defensa Judicial	3- Convivencia Laboral	4- Reincorporación y Reubicación Laboral																										
5- Coordinación de Control Interno	6- Docente Asistencial	7- Paritario de Salud Ocupacional - COPASS	8- GAGAS																										
9- Calidad	10- Comité de Ética para la Investigación	11- Historia clínica	12- Farmacia y Terapéutica																										
Vigilancia Epidemiológica e Infecciones Intrahospitalarias	14- Seguridad del Paciente	15- Técnico de Planeación	16- Ética																										
Hospitalaria	17- Re-uso de dispositivos médicos	18 Seguridad de la Información	19- Emergencias																										
Financiero	21- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud	24- Tecnología	26- Mercadeo y Venta de Servicios																										
22- Mortalidad intrahospitalaria	23- Comisión de Personal																												
Información y Comunicación.	<p>Mediante Resolucion 016 del 14 de enero de 2019 fue aprobado el plan anual de Adquisiciones correspondiente al periodo enero 1 a 31 de diciembre de 2019 el cual sera publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP, según lo dispuesto en el Artículo 06 decreto 1510/2013 el cual se podra consultar a través de la página Institucional <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a>. Este fue construido desde el mes de agosto de 2018, con cada una de las areas y procesos, y unificado por las oficinas de Planeacion y Almacen.</p> <p>Plan de gestión integral del riesgo – PGIR, Mediante la resolución No. 1755 de Mayo de 2017 (por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones) se puede observar que el Hospital continúa su categorización SIN RIESGO y de esta forma se ha logrado Alcanzar y mantener la estabilidad financiera.</p> <p>El Hospital Universitario San José E.S.E, ajusto su mapa de proceso a través de la Resolución 0255 del 17 de Mayo de 2018, en donse se incluyo el proceso misional de "esterilizacion" en y el proceso de apoyo " vigilancia y control de contratos" se encuentran caracterizados 4 Macro procesos, 17 procesos y 75 Procedimientos. El organigrama se ajusto en su estructura incluyendo el proceso de "referencia y contrareferencia" y el proceso de "servicio de ambulancia". La oficina de Planeacion informa que a la fecha esta en revision en la oficina Juridica, la Resolucion que adopta el nuevo mapa de procesos para el 2019, que incluye Esterilizacion y Dialisis peritoneal, y por incluir los procesos de Sub gerencia cientifica y administrativa, como recomendación de la oficina de Planeacion, por parte de la Coordinacion de Calidad, excluir el proceso de clinica de heridas.</p>																												

Talento Humano  
Planeacion  
Comunicaciones  
Sistemas Juridica

		<p>La Entidad cuenta con las siguientes políticas institucionales las cuales se encuentran en el direccionamiento estrategico de la entidad publicado en la pagina institucional <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Política gestión de talento humano</li> <li>- Política responsabilidad social.</li> <li>- Política Gestion Documental</li> <li>- Política de Integridad</li> <li>- Política racionalizacion antitramites</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento de los procesos institucionales</li> <li>- Seguimiento y evaluacion del desempeño Institucional</li> <li>- Política de Calidad</li> <li>- Gestion del Conocimiento y la innovacion</li> <li>- Política Transparencia y acceso a la informacion</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gobierno Digital</li> <li>- Seguridad Digital</li> <li>- Defensa Juridica</li> <li>- Humanizacion</li> <li>- Política de eficiencia y gasto publico.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeacion Institucional</li> <li>- Política gestión de la tecnología</li> <li>- Control Interno</li> <li>- Seguridad del Paciente</li> </ul> <p>La entidad se encuentra en continuo trabajo con base en los los autodiagnosticos de MIPG, los resultados de la encuesta del FURAG II y los planes de accion del MIPG.</p>
		<p>El Hospital Universitario San José E.S.E, Mediante resolución 0096 del 15 de febrero de 2018, ajusta el plan anticorrupción y atención al ciudadano, el cual se socializa mediante correos Institucionales. La oficina asesora de planeación, ajusto el plan anticorrupcion segun las recomendaciones de la Oficina Asesora de Control Interno, teniendo en cuenta que haciendo el seguimiento al cumplimiento de las actividades, estan eran repetitivas y otras era necesario realizarlas, para dar cumplimiento a los 6 componentes establecidos en el Plan Institucional (Mapa de riesgos de corrupción y acciones para su manejo, estrategia anti trámites, rendición de cuentas, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, mecanismos para la transparencia y el acceso a la información, iniciativas adicionales, el informe el cual fue publicado en la pagina <a href="http://www.hospitalsanjose.gov.co">www.hospitalsanjose.gov.co</a> .</p>
	<b>Evaluacion del Riesgo</b>	<p>Evaluacion del Riesgo</p> <p>En los meses de abril y mayo del 2019, se revisa con cada uno de los responsables de los mapas de riesgos, de los procesos asistenciales y administrativos, del mapa de riesgos del 2018, para realizar los respectivos ajustes para elaborar los mapas de riesgos para la vigencia del 2019, en donde se establecieron 27 mapas de riesgos por procesos en el área asistencial y 35 mapas de riesgos en el área administrativa en los que se realiza la identificación, análisis y valoración de riesgos y se incluyen los controles y actividades adoptadas para su tratamiento. La oficina de Planeacion, determino que en el mes de septiembre de 2019, se realizara la primera revision de su cumplimiento.</p>
	<b>Actividades de Control</b>	<p>Mapas de riesgos</p> <p>Una vez la Oficina de Planeacion, recaude las evidencias del cumplimiento de las acciones determinadas en los distintos mapas de riesgos, en el mes de septiembre de 2019, la oficina de Control Interno realizara el respectivo seguimiento al mapa de riesgos de corrupción evidenciando la efectividad de los controles identificados, toda vez que no se observó materialización de riesgos de corrupción, teniendo en cuenta el reporte de los diferentes procesos y las evidencias de informes de auditoria interna y seguimientos.</p> <p>El plan Anual de Auditoria Interna se encuentra debidamente documentado para la vigencia 2019, el cual fue presentado en Comité de Coordinación de Control Interno en febrero del 2018. Hasta el momento se esta dando cumplimiento, teniendo en cuenta que el cumplimiento en el 2018 fue de 100% en las áreas asistenciales, con un 98% en el area administrativas, y en un 95% con el envio de los informes a los distintos entes de control, faltando solamente la adopcion de la plataforma SUIT, por lo cual en el 2018, la oficina de planeacion inscribio al Hospital ante el DAFP, y solicito la capacitacion en este tema, el cual a la fecha no se ha dado respuesta, por lo cual la oficina de Planeacion cita a una reunion el 11 de Julio de 2019, para tratar el tema de los responsables del SUIT, y las acciones a tomar para su ejecucion.</p>
	<b>Comunicación y Participación ciudadana</b>	<p>Comunicación y Participación ciudadana</p> <p>De acuerdo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG la entidad se encuentra en proceso de avance para realizar ajustes a las diferentes políticas y planes con los que se encuentra documentado el Hospital como son, Mediante Resolución 0577 de 2014 la Institución adopta la política de Gestión documental la cual se encuentra en proceso de ajustes, el plan PINAR, programa de gestion documental, la política de gestion documental, el proceso de ventanilla y aun se esta trabajando para soptar la política de seguridad de la informacion y polittica antitramites.</p> <p>La Institución tiene documentado el programa de gestión documental como una directriz donde se presenta los procedimientos que se deben llevar a cabo para la memoria Institucional de los documentos en fisico, electrónicos y digitales. Se continua trabajando para incorporar las series documentales electronicas en las tablas de retencion documental. El 26 de marzo de 2019, la oficina de Archivo de la Gobernacion Departamental, envia un oficio en donde envia el concepto tecnico de las tablas de valoracion documental para evaluar y convalidar, por lo que la oficina de control interno remitió esta solicitud al proceso de Gestion Documental, para que iniciara a realizar los procedimientos necesarios para cumplir con esta solicitud, que a la fecha segun informacion del Coordinador de Archivo se esta trabajando de la mano con la oficina de la Gobernacion, y se hace necesario realizar el ajuste a las tablas de retencion documental.</p>
	<b>Comunicación Interna</b>	<p>Comunicación Interna</p> <p>Mediante Resolución 0621 del 03 de septiembre de 2014, se adopta la política cero papel, la cual se implementa en la entidad con el fin de reducir el uso del papel mediante la sustitución de los documentos físicos por soportes y medios electrónicos o digitales los cuales permiten tener trazabilidad de los documentos en el tiempo real e inmediato, para ello se cuenta con el procedimiento de "Racionalizacion de papel dentro de la Gestion Documental".</p> <p>Se sugiere continuar con la gestion del proyecto en donde cita que a través de proyección de imagen y videos en circuito cerrado de televisión se trasmite al cliente interno y externo la funcionalidad misión, visión, valores corporativos, deberes de los usuarios, alcances, logros, campañas con el de educar y generar opción de promover a los funcionarios que prestan servicios humanizados que es una actividad de habilitacion y acreditacion, para esto se ubicaron televisores en el area de Urgencias para que los pacientes y sus acompañantes sepan el turno que les corresponde despues del triage y esten informados de los procedimientos del Hospital.</p> <p>La oficina de control interno en el primer semestre de 2019 ha entregado no solo a la Gerencia, sino a los responsables de la informacion que envian a la oficina, los distintos informes establecidos por Ley, y que estan determinados en el Plan General de auditorias del 2019, se enviaron por DOCUNET y se publicaron en la pagina web del Hospital. A la fecha, los informes pormenorizados, en el 2018, se entrego el ultimo informe el 30 de septiembre en la pagina web de la entidad, y asi se cuadraron las fechas segun el cronograma del DAFP.</p>

**Información y Comunicación**

En el mes de junio se actualizó el Procedimiento Conservación y Custodia de la Historia Clínica, como parte del mejoramiento en el diligenciamiento adecuado de la historia. Además algunos avances: • Cuenta con un comité de Historia Clínica en el cual se abordan temas referentes a los cambios, adecuaciones y formatos institucionales que se deben diligenciar. • La historia clínica electrónica se encuentra dentro del sistema de información. • Se realizaron mejoras y ajustes al formato de interconsulta, para que sea más accesible a todos los usuarios y que permita que todo paciente tenga una especialidad tratante. Además de generar alertas más eficientes para el especialista

La entidad cuenta con herramientas tecnológicas como el aplicativo DOCUNET, a través del cual se envía y recibe correos internos, correo Institucional, aplicativo Dinámica Gerencia, a través del cual se maneja la Historia clínica digital y los demás procesos Asistenciales.

En la entidad se encuentra documentado el procedimiento de comunicación institucional GIN-CM-PD6 el cual fue actualizado el 03 de marzo de 2018, establece el manejo de medios de comunicación, referente a la difusión de políticas, programas, proyectos, y hechos noticiosos notables que generen impacto social. Con la pag web busca posicionar infor y posicionar ante la opinión pública la imagen corporativa como empresa prestadora de salud.

la página web [www.hospitalsan jose.gov.co](http://www.hospitalsan jose.gov.co) en donde se colocó en funcionamiento el Link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias a través de la línea 018000415195 ha sido de gran interés y ayuda para los usuarios en el momento que no logran desplazarse.

Según la Ley 594 del 2000 el Hospital implementa el procedimiento de la ventanilla Única en donde se realiza la recepción, radicación y distribución de la correspondencia recibida y despachada por la Institución.

Publicación en página web [www.hospitalsan jose.gov.co](http://www.hospitalsan jose.gov.co) información relacionada con la planeación institucional, se evidencia la publicación de manera permanente de los informes y documentos relacionados con la planeación institucional por parte del proceso de comunicaciones y Sistemas de Información

La oficina de control interno presentó el seguimiento de los planes de mejora establecidos con la Contraloría Municipal, con un porcentaje de avance superior al 80%, que por el cambio de personal en la oficina jurídica y Sub gerencia Administrativa, se solicitó a la Contraloría Municipal que se diera un plazo hasta el 30 de junio de 2019, el cual se presentó el 10 de julio de 2019, con un avance de los planes de mejoramiento Consolidado y el de contratación 2016 y 2017 en un 100%, y del P.M. Financiero del 2017, se presentó el Proyecto de Manual de almacén, teniendo en cuenta que se está ajustando a las normas internacionales de contabilidad y al nuevo modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG-, el cual será presentado en el mes de agosto de 2019, cumpliendo así con los tres planes de mejoramiento que se tenían suscritos, quedando solo el plan de mejoramiento de la auditoría del área financiera y presupuestal del 2018, suscrito en el mes de junio de 2019, para un cumplimiento a 31 de diciembre de 2019. Con la Superintendencia Nacional de Salud, se envió en el mes de marzo de 2019, el plan de mejoramiento con las evidencias de la visita realizada en el mes de mayo de 2017, se está en la espera de que se informe si se aceptan las evidencias y así cerrarse este plan.

**Comunicación Externa**

Durante la vigencia fiscal del 2018, la Oficina de Control Interno ejecutó auditoría, cumplió en un 98% con el Plan General de Auditorías y los seguimientos establecidos por la Ley para dicho periodo, sobre los cuales presentó los informes correspondientes, entre otros los siguientes: Auditoría a Gestión de talento humano; auditoría de farmacia, auditoría a Comité de infecciones, auditoría a avances, arqueo de caja, Seguimiento a Planes de Mejoramiento con los entes de control; Seguimiento a la Estrategia Anticorrupción y de Servicio al Ciudadano; Informe de Derechos de Autor; Informe de Austeridad en el Gasto; Informe de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos; Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado de Control Interno, sin contar con el personal solicitado por la Jefe de la Oficina de Control Interno al inicio de su periodo, teniendo en cuenta la importancia de la misma, ya que con el anterior Jefe de la oficina de Control Interno, contaba con el apoyo de 3 personas para las auditorías administrativas y presentación de informes de Ley, y en el último trimestre del 2017, se le concedió una auditora para el área asistencial, que representa el 90% en la prestación del servicio del Hospital, para el 2019, se cuenta con una Jefe de enfermería que se encarga de dar apoyo en las auditorías asistenciales, ya que la otra persona, se le suspendió el contrato por licencia de maternidad, quien regresará el próximo 15 de julio a terminar el contrato por un lapso de mes y medio, y a partir del mes de marzo de 2019, se contrata a una profesional para hacer apoyo a auditorías básicas como los arqueos de caja y los avances y para los inventarios. A la fecha la oficina de control interno ha cumplido con los informes y el plan de auditoría, con mucha dificultad, ya que se solicitan los informes y muy pocos cumplen con la información de manera clara y completa, lo que hace que se tenga que estar recordando y que los procesos de la oficina se retracen, se espera que para el segundo semestre del 2019, la Gerencia proporcione el personal adecuado para el cumplimiento de las tareas de la oficina de control interno, teniendo en cuenta la importancia de los seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno, y los correspondientes reportes de resultados, radica en las observaciones, sugerencias y recomendaciones que los mismos presentan en distintos aspectos, las cuales cubren tanto la confirmación de los avances y logros en metas y compromisos conforme a lo programado, al igual que identificación de pendientes, temas con atrasos y situaciones que ameritan ajustes y/o mejoras. Los mencionados resultados con sus correspondientes notas de hallazgos y observaciones, al igual que conclusiones, y recomendaciones, se pueden observar en los informes de resultados, los cuales se encuentran publicados en la Página web Institucional.

**Estado General del Sistema de Control Interno dentro del marco del Modelo Integrado de Planeación y Control**

...eniendo como base los resultados del FURAG II, entregados por el DAFP, en el mes de abril de 2019, y contando como base el informe entregado por la oficina asesora de planeacion, sobre el avance del MIPG, y el analisis de los resultados de la encuesta FURAG II, en donde se puede establecer el comparativo en porcentaje de cumplimiento de actividades de MIPG, de la linea base del 2018, con un porcentaje de 48,8%, con el del mes de abril de 2019, con avance del 64,6%, por lo cual se suscribieron planes de accion con los responsables de los procesos de cada una de las 7 dimensiones, con las que se comprometen a realizar en lo que resta de la vigencia del 2019. Con una gestión centrada en la prestación de servicios de salud con principios de calidad y humanización, así como en el cumplimiento de los requisitos estatales, la ESE Hospital Universitario San Jose, avanza en forma gradual en la implementación de los planes de acción formulados a partir de los autodiagnóstico y las recomendaciones reportadas por el DAFP respecto al informe del estado de SCI presentado por medio del FURAG-I, en el mes de mayo de 2018. En general los cinco componentes del Sistema de Control Interno se continúan bajando en forma sistémica, gracias a contar con servidores alineados a los objetivos de la Entidad y alertas a los cambios del entorno institucional, que permite identificar y gestionar los riesgos y sus posibles causas dentro de los parametros de legitimidad e integridad; así mismo, bajo los principios de transparencia, Legalidad y responsabilidad se da cumplimiento a las publicaciones en la pagina web de la ESE referentes a los resultados de la gestión Institucional y los reportes y envio de información a los entes de vigilancia y control. En el mes de junio de 2019, se suscribieron con la oficina de Planeacion los planes de accion a realizarse para la vigencia del 2019, por los cuales se realizara un avance en el mes de septiembre de 2019.

En el mes de enero de 2019, hubo un cambio de personal en las oficinas asesoras de planeacion y juridica, a quienes se solicito a la gerencia, capacitacion en cuanto a la implementacion del MIPG, con el acompañamiento de la oficina de control interno, para la actualizacion, verificacion y ajuste de los autodiagnosticos que se presentaron el año pasado, por lo que se recomendo que una vez recibidas las capacitaciones respectivas, se retomaran los autodiagnosticos y se plantearan los planes de accion, y las actividades que cada uno de los responsables, acordaba cumplir a 31 de diciembre de 2019, los cuales se suscribieron en el mes de junio de 2019, y su avance y seguimiento se realizara en el mes de septiembre de 2019.

Se recomienda fortalecer la de entrega de información en los tiempos determinados plasmada en las actas de reunión de comités, tratando de buscar nuevas alternativas que mejoren la efectividad.

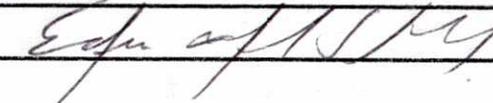
Es importante para el segundo periodo de 2019 considerar fortalecer las capacitaciones a los líderes o jefes de proceso en MIPG y direccionamiento estratégico y así continuar con el apoyo a los líderes de los procesos en el diligenciamiento y aplicación de los planes de acción de los autodiagnósticos, así como determinar el personal a quien se le designaran las nuevas actividades que deben llevarse a cabo para ir en el camino correcto de implementación.

Los seguimientos de control interno, han permitido apreciar los avances significativos de la entidad en su visibilización y posicionamiento.

La adecuada administración de los riesgos que puedan afectar la gestión de los logros institucionales, es tema neurálgico en el desempeño organizacional. Los avances en este sentido deben fortalecerse con la participación de todos los profesionales en las dinámicas de revisión y ajustes .

Identificar y gestionar los riesgos estratégicos de la Organización, incluyendo los positivos que contribuyan al logro de los objetivos.

Continuar fortaleciendo las competencias de la Lideres como el direccionamiento estratégico y planeación así mismo a los coordinadores de Procesos con el fin de asegurar el adecuado desarrollo de sus roles y responsabilidades dentro del SCI y el MIPG. Para la vigencia del 2019, la oficina de Control Interno se enfocara en dar las capacitaciones respectivas para la implementacion de las tres lineas de defensa, sobre todo en los procesos o areas a quienes se les hace los arqueos, avances o inventarios, para dar aplicacion a los tres (3) principios del MECI y del MIPG, como son AUTOREGULACION, AUTOGESTION Y AUTOCONTROL.

EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA		Aprobó:	EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA 
Jefe Asesor Oficina de Control Interno		Cargo:	Jefe Asesor Oficina de Control Interno
		Firma:	
julio 12 de 2019		Fecha:	julio 12 de 2019