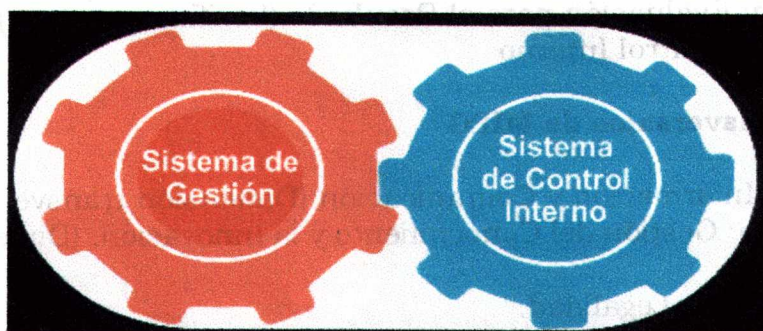


 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 02
			Página 1 de 60

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO CUATRIMESTRE ENERO A ABRIL 2018



INTRODUCCION

En cumplimiento del artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, el hospital Universitario San José E.S.E, presenta informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno y siguiendo los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el mes de febrero de 2018, la Oficina de Control Interno presenta el informe pormenorizado cuatrimestral del estado del Sistema de Control Interno de la Entidad, con la siguiente estructura:

Parte 1. Acciones emprendidas para la definición o actualización de las instancias que conforman la institucionalidad, necesarias para la implementación del MIPG y del MECI, con base en el Decreto 648 de 2017, Artículo 4, el cual actualiza el Decreto 1083 de 2015, incluyendo lo correspondiente al Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de Coordinación de control Interno.

Parte 2. Acciones emprendidas de diagnóstico y planeación del MIPG, articulado con el MECI, del acuerdo al artículo 2.2.23.2 del Decreto 1083 de 2015, el cual fue actualizado por el artículo 2 del Decreto 1499 de 2017, en concordancia con las 7 Dimensiones y las 16 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional establecidas.

Estas dimensiones se entienden como el conjunto de políticas, que puestas en marcha de manera articulada e intercomunicada, permitirán que MIPG logre sus objetivos, y son las siguientes:

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ INSTITUCIÓN VENEZOLANA DEL SECTOR PÚBLICO <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

Dimensiones Operativas de MIPG

Primera Dimensión: Talento Humano: Corazón del MIPG

Segunda Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación (Planear)

Tercera Dimensión: Gestión con Valores para el Resultado (Hacer)

Cuarta Dimensión: Evaluación para el Resultado (Verificar y actuar)

Quinta Dimensión: Control Interno

Dimensiones Transversales de MIPG

Sexta Dimensión: Información y Comunicación (Dimensión transversal)

Séptima Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación. (Dimensión transversal).

Principios: Integridad y Legalidad.

Adicionalmente, cada dimensión se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, las cuales fueron señaladas, entre otras, en el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017:

1. Planeación Institucional
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
3. Talento humano
4. Integridad
5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
7. Servicio al ciudadano
8. Participación ciudadana en la gestión pública
9. Racionalización de trámites
10. Gestión documental
11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea
12. Seguridad Digital
13. Defensa jurídica
14. Gestión del conocimiento y la innovación
15. Control interno
16. Seguimiento y evaluación de Desempeño Institucional.

La nueva estructura del MECI busca una alineación a las buenas prácticas de control razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ UNIVERSIDAD DEL CAUCA <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

componentes, a saber: (I) ambiente de control, (II) Evaluación del riesgo, (III) actividades de control, (IV) información y comunicación y (V) actividades de monitoreo.

Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno:

- I -Línea estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo;
- II –Segunda Línea, conformada por los gerentes públicos y los líderes de proceso;
- III – Tercera Línea, conformada por servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos donde existan, comité de contratación, entre otros)
- IV –Cuarta Línea, conformada por la oficina de control interno.

Para diseñar de manera adecuada y efectiva el MECI en las entidades se deberán desarrollar las siguientes actividades en cada uno de los componentes que lo conforman, a continuación se analiza cada componente en relación al avance y a los retos que deben desarrollarse para que la entidad tenga un Sistema de Control Interno efectivo.

PARTE 1. Acciones emprendidas para la definición o actualización de las Instancias que conforman la institucionalidad.

1.1 Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Por medio del acto administrativo 0159 del 07 de marzo de 2018 se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, al interior de la Entidad, en cumplimiento del Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017, encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el modelo y que no sean obligatorios por mandato legal.

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E estará conformado por los siguientes funcionarios quienes concurrirán con voz y voto y serán miembros permanentes:

1. El Representante legal quien lo preside.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ UNIVERSIDAD DE CALDAS - POPAYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

2. Directores de Despacho y asesores los cuales extraordinariamente podrán delegar la asistencia.

1.2 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se crea por medio del acto administrativo 0160 del 07 de marzo de 2018, el cual estará integrado por:

- 1) El representante legal quien lo presidirá.
- 2) El jefe de planeación o quien haga sus veces.
- 3) Los representantes del nivel directivo que designe el representante legal.
- 4) El representante de la alta dirección para la implementación del Modelo.

El jefe de control interno o quien haga sus veces, participará con voz pero sin voto en el mismo y ejercerá la secretaría técnica, la presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 0415 de Julio de 2015, y todas aquellas que sean contrarias.

2.3 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG

El Hospital mediante el acto administrativo 0158 del 07 de marzo de 2018 se crea y se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en el Hospital Universitario San José de Popayán –ESE. Sistema Único de Gestión, establecido conforme a lo ordenado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, y se articula tanto con Sistema Nacional como con el Sistema Institucional de Control Interno, a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

Definición del Sistema Único de Gestión. El Sistema Único de Gestión es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.

El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas y es compatible con los modelos de acreditación específicos, establecidos para los sectores de Educación y Salud.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ UNIVERSIDAD DEL CAUCA <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

La Institucionalidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Para efectos de garantizar la óptima implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se han creado tanto el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, como el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, los cuales se han integrado y se han definido sus funciones conforme lo establece tanto el Decreto 648 del 19 de abril de 2017, como con lo establecido en el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, mediante actos administrativos internos distintos a este.

Dentro de los avances de cuatrimestre se refleja lo siguiente:

1. AMBIENTE DE CONTROL

1.1 Asegurar un ambiente de Control

La entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

A- Gestión de Valores: El 27 de junio de 2017 se suscribió la resolución N° 0395 de 2017 *“Por medio de la cual se actualiza el **Código de ética** para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.”*

Se realizó la socialización del Código de ética en las instalaciones del auditorio Antonio José Lemus Guzmán por parte de la Coordinadora Comité de Ética de la investigación Científica. Se contó con la participación de 413 personas. De igual manera se evidencia socialización realizada en el proceso de estadística.

En el mes de octubre, el Departamento Administrativo de la Función Pública formalizó el código de integridad del servicio público, en consecuencia la entidad realizó revisión del Código de Ética y se encuentra en proceso de los ajustes procedentes.

El 30 de octubre de 2017 se suscribió la resolución N° 0737 *“Por la cual se actualiza el **Código de Buen Gobierno** para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.”*

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ENTIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE COSTA RICA <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

El documento en mención contiene: Normas rectoras, fundamentación constitucional y legal, Definición adopción ámbito de aplicación y obligatoriedad, mecanismos para lograr un buen gobierno, obligaciones, órganos de gobierno, composición elección y funciones de la Junta Directiva, Responsabilidades e independencia de la Junta Directiva y Políticas generales de remuneración, compromiso con el direccionamiento estratégico, valores, políticas, objetivos estratégicos, compromisos con los fines del estado, definición de portafolio de productos y servicios, estructura orgánica, órganos de la organización, Código de ética y valores de la organización, comportamiento y relaciones de los funcionarios de la organización, conflictos de interés, prácticas que deben evitarse para la prevención de conflictos de interés, información privilegiada, prácticas de negocios.

Se socializó del Código de Buen Gobierno por parte de la Coordinadora Comité de Ética de la investigación Científica, de igual manera se evidencia socialización realizada en el proceso de estadística.

Se encuentra publicado el documento actualizado en la plataforma intranet de la entidad.

B- Gestión del Talento Humano: La gestión del talento humano se fortaleció a través de las actividades adelantadas, en cumplimiento del plan operativo anual, que desarrolló las acciones correspondientes al Plan Institucional de Capacitación, Formación y Desarrollo, el Programa de Bienestar e Incentivos y el Plan del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otras.

- ✓ **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.
- ✓ Mediante acuerdo 014 de noviembre de 2016 se ajustó la planta de cargos del Hospital conforme a los lineamientos establecidos para las normas de empleo público para entidad de nivel territorial.
- ✓ La oficina de seguridad y salud en el trabajo realizó el estudio diagnóstico del clima organizacional 2017, obteniendo el siguiente resultado:
Población total: 1.647 personas
Población participante: 1.135 personas equivalente al 70% de la

población total.

De la población participante, el 17% corresponde a personal administrativo y el 83% corresponde a personal asistencial

- ✓ La oficina de Talento Humano realizó el día 23 de diciembre de 2016 la socialización del Manual de Funciones y competencias Laborales.
- ✓ El 26 de diciembre se socializó ante la Junta Directiva el estudio técnico de creación de empleos temporales con la siguiente información:

Tabla de Empleos Temporales.

NIVEL	PERSONAL REGISTRO POR NIVEL	PERSONAL CONTINUIDAD 2017	VALOR CONTRATACIÓN	VALOR ESTADO	COSTO PROTECCIÓN FRENTE FORMACIÓN	ASIGNACIÓN BÁSICA	OTRO	VALOR POR CARGO MES	VALOR POR CARGO AÑO	DISPENSA TOTAL
NUTRICIONISTA/PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD GR1 COD (237).	4	3	\$ 116.303.040	\$ 3.230.640	\$ 160.094.832	\$ 1.918.064	2,60	\$ 3.336.309	\$ 40.028.708	-43.791.792
INSTRUMENTADOR / PROFESIONAL ÁREA DE LA SALUD GR 0 (323).	15	15	\$ 550.638.000	\$ 3.059.100	\$ 616.764.570	\$ 1.696.749	2,30	\$ 3.426.470	\$ 41.117.638	-66.126.570
TÉCNICO										
TECNÓLOGO DE RAYOS X / TÉCNICO ÁREA DE LA SALUD GR2 COD (323)	4	4	\$ 100.621.440	\$ 11.646	\$ 120.002.684	\$ 1.180.347	1,60	\$ 2.500.056	\$ 30.000.671	\$ 19.381.244
REGENCIA DE FARMACIA / TÉCNICO ÁREA DE LA SALUD GR3 COD (314)	10	10	\$ 371.198.760	\$ 3.093.323	\$ 367.544.690	\$ 1.475.434	2,00	\$ 2.979.539	\$ 35.754.469	\$ 13.654.070
TECNICO RAYOS X / TÉCNICO ÁREA DE LA SALUD GR 1 COD (323).	6	6	\$ 174.528.000	\$ 10.100	\$ 237.604.288	\$ 1.108.576	1,90	\$ 2.477.128	\$ 29.725.536	-63.276.288
AUXILIAR										
AUXILIAR DE DISPENSACIÓN / AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD GR1.	24	24	804.742.560	2.794.245	670.002.552	1.082.804	1,40	2.326.398	27.916.773	134.740.008
AUXILIAR DE BODEGA/AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD GR1.	2	2	67.061.880	2.794.245	55.833.546	1.082.804	1,40	2.326.398	27.916.773	11.228.334
AUXILIAR DE REEMPLAZO Y REEMPLAZO / AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD GR1.	2	2	67.061.880	2.794.245	55.833.546	1.082.804	1,40	2.326.398	27.916.773	11.228.334
AUXILIAR DIGITACIÓN/ AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD GR1.	2	3	61.996.216	1.711.006	55.833.546	1.082.804	1,40	2.326.398	27.916.773	5.762.670
CAMILLERO/ AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD GR1 COD (412) GR 0.	20	34,7	583.276.464	7.782	413.633.300	737.717	1,00	1.723.472	20.681.665	169.643.164
TOTAL	95	108,7	\$ 1.291.102.432		2.915.757.426					213.945.006

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EXCEL EN LA CALIDAD DEL SERVICIO POPAYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

- ✓ La ESE Hospital Universitario San José cuenta con un Plan Institucional de Formación y Capacitación: Adoptado mediante la Resolución 0056 del 30 de Enero de 2018; donde se establecen las necesidades de capacitación del personal de conformidad con las necesidades informadas por cada uno de los procesos y áreas.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E TEMAS INCLUIDOS EN EL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN VIGENCIA 2018	
COMPONENTES	CAPACITADOR
1. ACREDITACIÓN	
ATENCIÓN AL CLIENTE	SALUD OCUPACIONAL
2. DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO	
OFFICE (EXCEL)	EXTERNO
DINAMICA GERENCIAL	SISTEMAS
HUMANIZACIÓN	EXTERNO
CLIMA ORGANIZACIONAL	SALUD OCUPACIONAL
NORMATIVIDAD LABORAL	EXTERNO
CONTRACCIÓN ESTATAL	EXTERNO
PROTOCOLOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	CALIDAD
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)	PLANEACION
3. CREACIÓN DEL VALOR PÚBLICO	
CALIDAD DEL SERVICIO	CALIDAD
4. GOBERNANZA PARA LA PAZ	
ÉTICA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA	EXTERNO

- ✓ Para la vigencia 2018 se está realizando la inducción general a través de la plataforma y capacitación en los diferentes ejes temáticos como se describe en la siguiente tabla.

Inducción Modalidad Presencial.

MES	DIA	LUGAR	No. de asistentes
ENERO	29	SALÓN DE ESTADISTICA	32
FEBRERO	27	SALÓN DE ESTADISTICA	7
MARZO	27	SALÓN DE ESTADISTICA	22
ABRIL	24	SALÓN DE ESTADISTICA	16
MAYO	29	SALÓN DE ESTADISTICA	-
JUNIO	26	SALÓN DE ESTADISTICA	-
JULIO	31	SALÓN DE ESTADISTICA	-
AGOSTO	28	SALÓN DE ESTADISTICA	-

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ UNIVERSIDAD DE COSTA RICA <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 02
			Página 1 de 60

SEPTIEMBRE	25	SALÓN DE ESTADISTICA	-
OCTUBRE	30	SALÓN DE ESTADISTICA	-
NOVIEMBRE	27	SALÓN DE ESTADISTICA	-
DICIEMBRE	11	SALÓN DE ESTADISTICA	-
TOTAL			77

Nivel Básico de Conocimiento: Una vez actualizado 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 la fecha 77 personas han presentado el proceso de Inducción General.

- ✓ Programa de Bienestar e Incentivos: Adoptado mediante Resolución 0056 del 30 de Enero de 2018, sin modificaciones a la fecha.
- ✓ En el marco del Programa de Bienestar Social e Incentivos, se pueden establecer la ejecución de los siguientes incentivos: El Hospital se encuentra adelantando mediante la Resolución #244 del 10 de mayo de 2018 el proceso para proveer empleos vacantes mediante la figura de encargo.
- ✓ A través de la circular informativa N°101-10-2018 se realizó la invitación a participar activamente en el proceso de selección y otorgamiento de incentivos para el mejor equipo de trabajo de la presente vigencia, quienes deseen acceder a este incentivo elaboraran un proyecto teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la entidad.
- ✓ En ejecución del Plan del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se realizó intervención e investigación a los diferentes accidentes laborales en diferentes áreas en donde se cita al trabajador implicado, el feje inmediato y un representante del COPASO, se toman medidas preventivas y correctivos necesarios para la mejora.
- ✓ Sistema de Evaluación del Desempeño Laboral: La oficina de Talento Humano Mediante Resolución 033 de enero 20 de 2017, se adoptó la

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 02
			Página 1 de 60

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 que corresponde al periodo entre el 01 de febrero de 2017 al 31 de enero de 2018.

- ✓ Circular Informativa No 110-01 de enero 30 de 2017 mediante la cual se informa sobre el sistema tipo de evaluación del desempeño y se adjunta cartilla de evaluación.
- ✓ Circular Informativa No 036 de enero 23 de 2017 por la cual se designan los evaluadores y se conforman las comisiones evaluadoras.

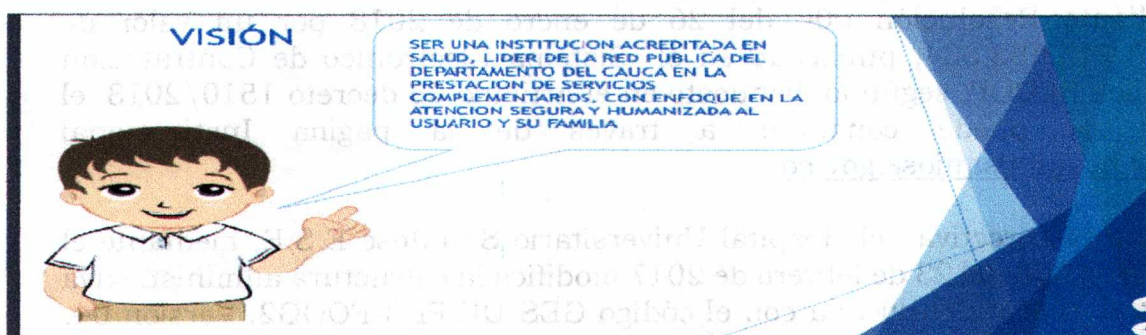
C- Direccionamiento Estratégico y Planeación: En esta dimensión se diseñan los controles necesarios para que la planeación y su ejecución se lleven a cabo de manera eficiente, eficaz, efectiva y transparente, logrando una adecuada prestación de los servicios o producción de bienes que le son inherentes.

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 de la institución www.hospitalsanjose.gov.co

El plan Estratégico y de desarrollo 2016-2020 es un instrumento que guía a gestión de desarrollo integral de la Institución estableciendo los objetivos, lineamientos para la acción y las metas deseadas.



 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 02
			Página 1 de 60



La Junta directiva del Hospital adopta el plan de acción mediante acuerdo 003 del 30 de enero del 2018, el cual es publicado en la página web de la institución www.hospitalsanjose.gov.co

La oficina Asesora de Planeación a 31 de diciembre de 2017 hace entrega de informe de evaluación de los seguimientos realizados a 49 procesos y subprocesos de evaluación y control, de direccionamiento estratégico, misionales y de apoyo con quien se verificó el cumplimiento de las actividades y metas propuestas, de los cuales 27 son procesos administrativos y 22 asistenciales. Los procesos de almacén, auditoría, cartera, facturación y mantenimiento no realizaron entrega de evidencias para la evaluación del segundo semestre 2017, evaluándose con los informes de seguimiento aquellas actividades establecidas en los diferentes POD.

Informe de evaluación al plan operativo por dependencias vigencia 2017 obteniendo los siguientes resultados:

CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE LOS POD 2017			
PROCESOS	PROGRAMADAS	EJECUTADAS	CUMPLIMIENTO
ADMINISTRATIVOS	6.920	6.714	97%
ASISTENCIALES	6.955	6.615	95%
TOTAL	13.875	13.329	96%

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POBOSAN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

“El 82% de los procesos y subprocesos tuvieron un grado de ejecución de los planes operativos por dependencias entre el 80% -100% el 18% entre el 51% - 79%.”

GRADO DE EJECUCIÓN				TOTAL
Entre 80% - 100%	Entre 51% - 79%	Entre 30% - 50%	Entre 0% - 29%	
0	9	35	5	49

El Proceso de Gestión Administrativa (Compras) consolidó el Plan Anual de Adquisiciones correspondiente al periodo enero a 31 de diciembre de 2018 mediante Resolución 004 del 26 de enero de 2018 por un valor de \$123.213.683.334, 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 www.hospitalsanjose.gov.co

La Junta Directiva del Hospital Universitario San José E.S.E, mediante el Acuerdo 006 del 23 de febrero de 2017 modifica la estructura administrativa la cual queda identificada con el código GES-DE-PD3-FOOG2. Versión 04. El cual se puede consultar a través de la página Institucional www.hospitalsanjose.gov.co

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.

Evolución de los Ingresos y Gastos comprometidos respecto a la
Producción Equivalente

CONCEPTO	PROGRAMADO PGR 2017	EJECUTADO	CUMPLIMIENTO
Gastos de personal de planta comprometidos Incluidos aportes nómina (\$ de 2017)	13.003.091.821	9.728.061.147	74,81%
Total gastos personal contratista y externalizados (\$ de 2017)	56.513.245.129	57.104.836.983	101,05%
Gasto recurso humano total (\$ de 2017)	69.516.336.950	66.832.898.130	96,14%
Total gastos grtes y transf (\$ de 2017)	17.848.353.151	13.364.645.323	74,88%
Total gastos de insumos (\$ de 2017)	33.573.523.244	26.494.412.097	78,91%
Gasto total (\$ de 2017)	120.938.213.345	106.691.955.549	88,22%
Total reconocido por Venta de Servicios de Salud (\$ de 2017)	133.944.885.039	148.063.507.929	110,54%
Ingresos recaudados por Venta de Servicios Salud incluídas cuentas por cobrar (\$ de 2017)	124.378.461.596	122.289.052.163	98,32%
Producción equivalente en UVR	22.117.162	25.953.775	117,35%
Valores en millones			

Valores en millones

Evolución de los Ingresos y Gastos comprometidos respecto a la
Producción Equivalente

CONCEPTO	PROGRAMADO PGR		CUMPLIMIENTO
	2017		
Gastos de personal de planta comprometidos	13.003.091.821	9.728.061.147	74,81%
Incluidos aportes nómina (\$ de 2017)			
Total gastos personal contratista y externalizados (\$ de 2017)	56.513.245.129	57.104.836.983	101,05%
Gasto recurso humano total (\$ de 2017)	69.516.336.950	66.832.898.130	96,14%
Total gastos grs y transf (\$ de 2017)	17.848.353.151	13.364.645.323	74,88%
Total gastos de insumos (\$ de 2017)	33.573.523.244	26.494.412.097	78,91%
Gasto total (\$ de 2017)	120.938.213.345	106.691.955.549	88,22%
Total reconocido por Venta de Servicios de Salud (\$ de 2017)	133.944.885.039	148.063.507.929	110,54%
Ingresos recaudados por Venta de Servicios	124.378.461.596	122.289.052.163	98,32%
Salud incluídas cuentas por cobrar (\$ de 2017)			
Producción equivalente en UVR	22.117.162	25.953.775	117,35%

Valores en millones

Valores en millones

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Unión y Salud <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

No se evidencia publicación de fichas de indicadores en intranet o página web institucional, no obstante se evidencia la socialización de los indicadores asistenciales por parte de los coordinadores de los servicios de manera trimestral en la Subgerencia Científica y al personal asistencial.

La Entidad cuenta con las siguientes políticas:

- ✓ Política de Talento Humano
- ✓ Política de humanización
- ✓ Política de prestación de servicios de calidad,
- ✓ Política de responsabilidad social
- ✓ Política de gestión financiera
- ✓ Política de gestión documental
- ✓ Política de cero papel,
- ✓ Política de seguridad del paciente
- ✓ Política de gestión del riesgo
- ✓ Política de gestión ambiental
- ✓ Política de gerencia de la información
- ✓ Política de investigación
- ✓ Política de formación y educación continuada
- ✓ Política de gestión de cartera.
- ✓ Política de Gestión de tecnología
- ✓ Política de Convivencia laboral
- ✓ Política de seguridad y salud en el trabajo

Las políticas institucionales se encuentran publicadas en el aplicativo Intranet de la Institución.

El hospital suscribió la resolución N° 0031 del 20 de enero de 2017 “Por medio de la cual se conforma el equipo MECI y se definen sus roles y responsabilidades en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.”

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, oficina asesora de planeación y en la página web del Hospital www.hospitalsanjose.gov.co

La Oficina Asesora de Control Interno realizó el seguimiento al Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano del primer cuatrimestre de la vigencia 2018, se evaluó de acuerdo a los seis 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).

Carrera 6 No 10N – 142 Conmutador: 8234508- Extensión: 249

www.hospitalsanjose.gov.co

Email: gescontrol@hospitalsanjose.gov.co

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Junto mejoramos tu salud	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

Los resultados obtenidos en la ejecución de los elementos del plan fueron los siguientes:

a- Gestión del riesgo de corrupción:

PROCESO	CALIFICACION
CONTROL INTERNO	33%
JURIDICA	100%
SISTEMAS	100%
PLANEACION	100%
COMUNICACIONES	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	80%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y SUBGERENCIA CIENTIFICA	100%

b- Racionalización de Trámites.

PROCESO	CALIFICACION
ESTADISTICA	60%
CONSULTA EXTERNA	100%
INSTITUCIONAL	100%

c- Rendición de Cuentas. Actividad cumplida al 100%.

- Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano.

PROCESO	CALIFICACION
CONSULTA EXTERNA	100%
SIAU	80%
COMUNICACIONES	100%
CALIDAD	55%

e- Transparencia y acceso a la Información.

PROCESO	CALIFICACION
ALMACEN	50%
SUBGERENCIA CIENTIFICA Y ADMINISTRATIVA	50%
GESTION Y ETICA LEGAL	100%
CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO	70%
CONTROL INTERNO	80%
ALMACEN	20%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	100%
COMUNICACIONES	100%

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

f- Iniciativa Adicional.

PROCESO	CALIFICACION
PLANEACION	20%
CALIDAD	50%
COMUNICACIONES	100%
CONTROL INTERNO	80%
ALMACEN	20%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	100%
COMUNICACIONES	100%

Con el fin de establecer la línea base para la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, durante el mes de noviembre, la Oficina Asesora de Planeación coordinó con todas las áreas involucradas la revisión y diligenciamiento previo del cuestionario del FURAG II, para ser formalizado el 17 de noviembre, de acuerdo con el plazo otorgado por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP.

La Institución Por medio del acto administrativo 0160 del 07 de marzo de 2018 la cual se crea el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. en cumplimiento de los Decretos 648 del 19 de abril de 2017 y 1499 del 11 de Septiembre de 2017.

Se crea por medio del acto administrativo 0159 del 07 de marzo de 2018 el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en el Hospital Universitario San José de Popayán –ESE-” en cumplimiento del Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017.

No obstante, la entidad mediante el acto administrativo 0158 del 07 de marzo de 2018 Crea y adopta el Sistema Único de Gestión, establecido conforme a lo ordenado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, y se articula tanto con Sistema Nacional como con el Sistema Institucional de Control Interno, a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

2- EVALUACION DEL RIESGO

Este segundo componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos

como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

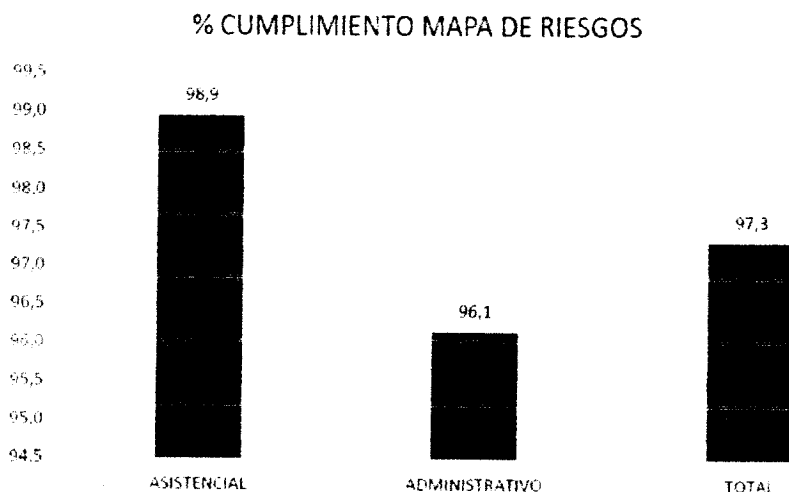
El 28 de diciembre de 2015 mediante la resolución N° 0769 “se modifica la política de gestión del riesgo del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado” a la fecha no ha tenido modificaciones.

El mapa de riesgos de la entidad cuenta con 26 mapas de riesgos por procesos en el área asistencial y 38 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. Lo anterior se evidenció y validó en los seguimientos e informes realizados por la Oficina de Control Interno, a la gestión y administración del riesgo.

Si bien existen, y se encuentran formalizados para todos los procesos acorde a las metodologías DAFP en su estructura, se amerita la publicación en la intranet y página web del Hospital www.hospitalsanjose.gov.co.

En términos de gestión, la formulación y consolidación del mapa de riesgos del Hospital Universitario San José E.S.E., se llevó a cabo en la vigencia 2017 lo que permitió generar una línea base y configurar la curva de aprendizaje con un horizonte esperado de un año y compromiso de seguimientos trimestrales.

De un total de 448 actividades establecidas en el mapa de riesgos del Hospital, se alcanzó un cumplimiento del 97%.



 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

3. ACTIVIDADES DE CONTROL.

El tercer componente hace referencia a la implementación de controles, esto es, de los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, así:

- ✓ Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos.
- ✓ Definir controles en materia de Tecnologías de Información y Comunicación.
- ✓ Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.

a- Controles. El 4 de noviembre de 2016 se suscribió el Procedimiento Administración del Riesgo el cual tiene por objetivo: “Establecer las actividades y responsables de la identificación, análisis, controles, valoración, tratamiento y seguimiento de los riesgos, que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la institución”.

Durante la vigencia 2017 se diligenciaron con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y las áreas y/o servicios asistenciales 64 mapas de riesgos los cuales se actualizan de acuerdo a las necesidades que se generen.

En ese sentido, si todas las operaciones se realizan de conformidad con los principios de la función pública establecidos en la Constitución Política, la Ley y las políticas trazadas por la Dirección en atención a las metas u objetivos previstos, la función misional que le ha sido encomendada a la entidad se manifestará en indicadores positivos de salud de la población objeto.

b- Mapas de Riesgo de Corrupción: la Oficina de Control Interno realizó el 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 auditoría interna y seguimientos.

A la fecha se ha realizado el análisis y valoración del riesgo con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y las áreas y/o servicios asistenciales a 64 mapas de riesgos.

Los mapas de riesgos de los procesos administrativos y asistenciales fueron elaborados por los responsables de los procesos con el apoyo y asesoramiento permanente de la Oficina Asesora de Planeación por lo tanto es de conocimiento de los procesos la responsabilidad inmersa en la mitigación de cada riesgo.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL E.S.E. DE POPAYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

Adicionalmente la Oficina Asesora de Planeación realizó las siguientes capacitaciones sobre la política de gestión del riesgo.

MES	ASISTENTES
DEL 22 AL 24 DE NOVIEMBRE	13
DEL 5 AL 23 DE DICIEMBRE	44
TOTAL	57

La Oficina Asesora de Planeación realizó seguimiento a los mapas de riesgos administrativos y asistenciales obteniendo la siguiente conclusión en la evaluación realizada: “Conforme a la información recolectada durante la vigencia 2017 a 31 de diciembre en las áreas o servicios del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. de las 446 acciones establecidas, se ha logrado un cumplimiento de 439 acciones, lo cual de un total del 100% se encuentra con corte a la fecha un 98%.”

RESULTADOS EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVOS.

Nº	PROCESO	ESTABLECIDAS	CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO
1	ALMACEN	11	10	91%
2	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	11	11	100%
3	ASEO	12	12	100%
4	AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS.	8	8	100%
5	CARTERA	4	2	50%
6	CONTABILIDAD	9	9	100%
7	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO.	2	2	100%
8	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO.	18	17	94%
9	COMUNICACIONES	7	7	100%
10	COSTOS	3	3	100%
11	ECONOMATO	2	2	100%
12	ESTADISTICA	9	9	100%
13	ETICA	1	1	100%
14	FACTURACIÓN	4	4	100%
15	GESTIÓN AMBIENTAL	17	17	100%

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Unidad de Salud del Hospital MOROSAN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 02
			Página 1 de 60

RESULTADOS EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVOS.

N°	PROCESO	ESTABLECIDAS	CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO
16	DOCENCIA SERVICIO.	4	4	100%
17	GESTIÓN DOCUMENTAL.	3	3	100%
18	GESTIÓN JURIDICA.	5	5	100%
19	INFRAESTRUCTURA	9	9	100%
20	INVESTIGACIÓN	6	6	100%
21	LAVANDERIA	6	6	100%
22	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN.	5	5	100%
23	PRESUPUESTO	5	5	100%
24	SERVAGRO	9	9	100%
25	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	5	5	100%
26	SST- EMERGENCIAS.	8	8	100%
27	SISTEMAS DE INFORMACIÓN.	11	11	100%
28	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	13	13	100%
29	SUBGERENCIA CIENTIFICA.	4	4	100%
30	SUMINISTROS	5	5	100%
31	TALENTO HUMANO.	11	11	100%
32	TECNOLOGIA	6	6	100%
33	TECNOVIGILANCIA	10	10	100%
34	TESORERIA	3	3	100%
35	TRABAJO SOCIAL	4	3	75%
36	VENTA DE SERVICIOS.	4	4	100%
37	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5	5	100%
	TOTAL	259	254	98%

Tomado de Informe de seguimiento mapa de riesgos año 2017.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ CORPORACIÓN SAN JOSÉ-ESPECIALIZADA POPOYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 02
			Página 1 de 60

RESULTADOS EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS ASISTENCIALES:

Nº	PROCESO	ESTABLECIDAS	CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO
1	BANCO DE SANGRE	3	3	100%
2	CARDIOLOGÍA	4	4	100%
3	COMITÉ DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES.	10	9	90%
4	CONSULTA EXTERNA.	15	15	100%
5	ESTERILIZACIÓN.	6	6	100%
6	GINECOBISTRICIA	8	8	100%
7	HUMANIZACIÓN	11	11	100%
8	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS.	3	3	100%
9	LABORATORIO CLÍNICO.	1	1	100%
10	MEDICINA INTERNA Y MÉDICO QUIRÚRGICAS.	6	6	100%
11	NEONATOS	9	9	100%
12	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.	6	6	100%
13	PATOLOGÍA	4	3	75%
14	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	4	4	100%
15	REHABILITACIÓN	4	4	100%
16	SALA PARTOS	9	9	100%
17	SALAS PEDIATRIA	4	4	100%
18	SEGURIDAD DEL PACIENTE	5	5	100%
19	SIAU	9	9	100%
20	TRAUMATOLOGÍA	7	7	100%
21	UCI ADULTOS	8	8	100%
22	UCINT	8	8	100%
23	UCIP	7	7	100%
24	QUEMADOS	4	4	100%
25	QUIRURGICAS	5	5	100%
26	URGENCIAS	3	3	100%
27	URGENCIAS PEDIATRIA	4	4	100%
28	FARMACIA	20	20	100%
	TOTAL	187	185	99%

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Unidad de Gestión del Estado <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

TOTAL RIESGOS			
RIESGOS ADMINISTRATIVOS	259	254	98%
RIESGOS ASISTENCIALES	187	185	99%

De acuerdo al consolidado de calificaciones elaborado por la Oficina Asesora de Planeación el porcentaje de cumplimiento de los mapas de riesgos es del 98%.

El plan Anual de Auditoría Interna se encuentra debidamente documentado para la vigencia 2018, el cual fue presentado en Comité de Coordinación de Control Interno en marzo del 2018 dando cumplimiento durante el primer cuatrimestre al cronograma establecido para la realización de las auditorias en las áreas asistenciales y administrativas.

4. INFORMACION Y COMUNICACION.

4.1 Efectuar el control a la información y comunicación organizacional.

En este componente se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

Comunicación y participación ciudadana: Uno de los retos importantes es asegurar el cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014 que hace referencia a la transparencia y acceso a la información pública, para ello el Hospital Universitario San José E.S.E presenta los siguientes avances:

Mediante Resolución 0577 de 2014 la Institución adopta la política de Gestión documental la cual se ha fortalecido durante la vigencia con la revisión y adopción e implementación de diferentes instrumentos archivísticos.

El 20 de abril de 2016 el comité de archivo de la Institución elabora 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 físico, electrónicos y digitales.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Unidad de Salud Calle 10 No. 10N-142 <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

Se realizaron capacitaciones permanentes en el manejo de las herramientas tecnológicas y el manejo de la Gestión documental al personal de planta y contratista del Hospital las cuales están contemplada en el plan anual de capacitaciones.

Comunicación Interna: Se cuenta con espacios comunicativos como los siguientes:

- a- Información al cliente interno y externo de la Institución sobre funcionamiento, avances, logros capacitaciones educativas (congresos, simposios, talleres mediante puntos de información en las carteleras ubicadas en áreas del Hospital.



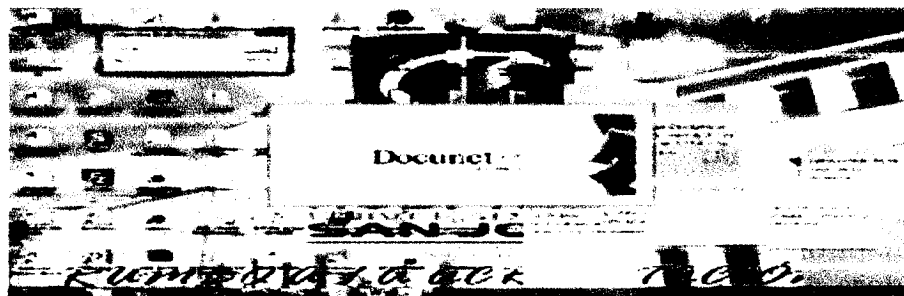
- b- A partir del mes de mayo de 2016 se aplica la encuesta establecida por el Ministerio de la Protección Social, obteniendo a 31 de diciembre de 2017 un resultado del 97%, indicándose que las evaluaciones establecidas fueron de sobre la atención brindada y la adherencia a los deberes y derechos.
- c- Se está gestionando 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.
- d- 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.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ UNIVERSIDAD DE SAN JOSÉ <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

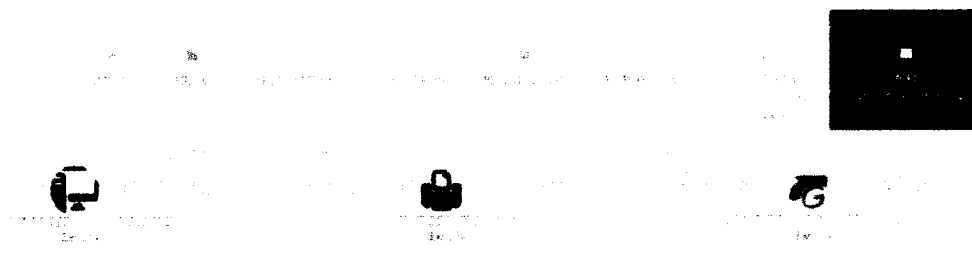
- e- Tablas de retención documental: El proceso de archivo y correspondencia ha brindado el acompañamiento con los procesos para la elaboración de las tablas de retención documental teniendo en cuenta la normatividad expedida por el Archivo General de la Nación.

Mediante comunicación Oficial el Coordinador de archivo y correspondencia informa que "Los procesos de Control Interno, Talento Humano, Planeación y Vigilancia y Control dieron como válidas las modificaciones realizadas a las tablas de Retención Documental de sus respectivos procesos."

- f- La entidad cuenta con herramientas tecnológicas como el aplicativo DOCUNET, a través del cual se envía y recibe correos internos.

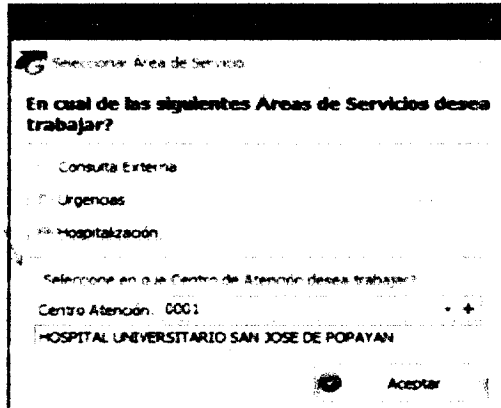


- g- El correo Institucional.



- h- El aplicativo Dinámica Gerencia, a través del cual se maneja la Historia clínica digital y los demás procesos Asistenciales.

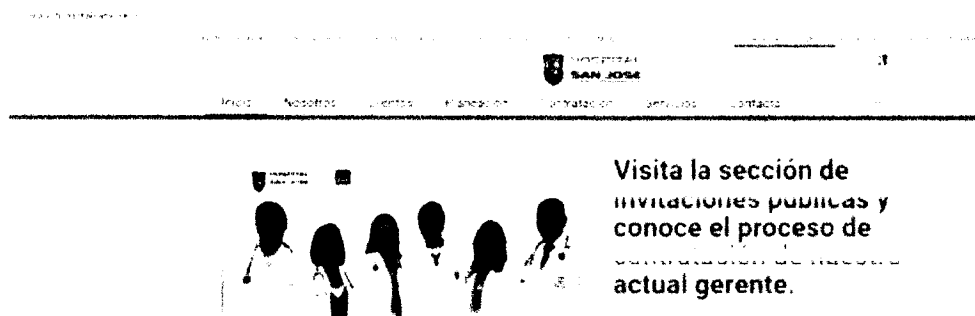
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ POPAYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60



- i- Señalización seguridad, presentación, ubicación para usuarios colaboradores y funcionarios.
- j- Campañas - orientan, educan e informan sobre un tema en particular que los beneficia.

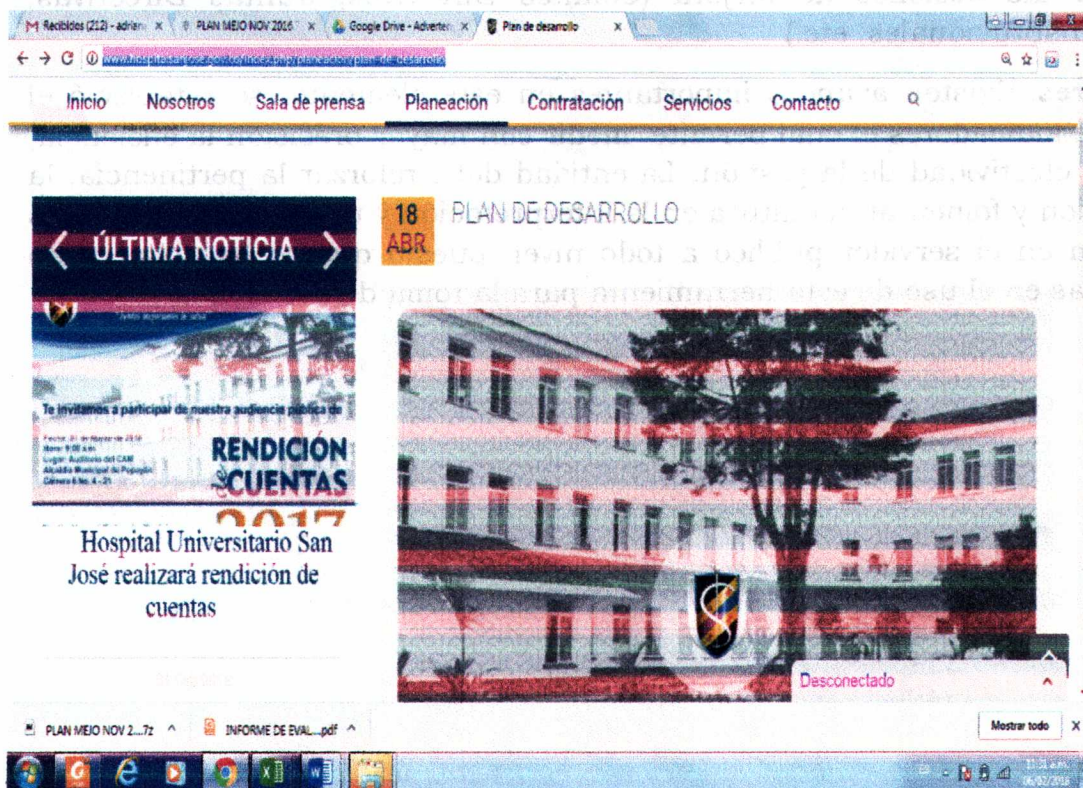
Comunicación Externa:

- a- Con la página web busca posicionar información y posicionar ante la opinión publica la imagen corporativa la institución como empresa prestadora de salud.



- b- Redes sociales, a través de Twitter, Facebook e Instagram damos a conocer nuestra gestión como prestadores de servicios de salud.
- c- Esta en marcha la página web en donde se colocó en funcionamiento el Link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias atreves de la línea 018000.

- d- Encuentros con la Gerencia, socializan los resultados de la Institución con los voceros de la comunidad, habla de su gestión, visita emisoras comunitarias y los propios puntos de atención.
- e- Mediante Resolución 0698 del 17 de octubre de 2012 se establecen puntos para el manejo de las comunicaciones oficiales y otras disposiciones relacionadas con la Gestión Documental
- f- 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.
- g- Medios de comunicación Periodísticos.
- h- Publicación en página web de la 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



 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

5.1 Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad

La autoevaluación se convierte en un proceso periódico, en el cual participa los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación.

La autoevaluación es el mecanismo de verificación y evaluación, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.

La Oficina de Control Interno, ha evidenciado que la entidad cuenta con espacios y escenarios de autoevaluación para garantizar a partir de los riesgos, indicadores, controles y demás instrumentos de captura y procesamiento de información, la realización de un proceso de auto evaluación de la gestión para establecer las acciones de mejora (Comités Directivos, Juntas Directivas, Comités Institucionales, etc.)

Indicadores: 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.

Página 1 de 60

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
BH. JESSICA LORETH VALENCIA RODRIGUEZ Coordinadora del Área de Atención al Cliente de la Calidad	BH. CESAR GILBERTO ZUÑIGA MUÑOZ Subgerente Operativa	Dra. DERLIN YURANI DELGADO RODRÍGUEZ

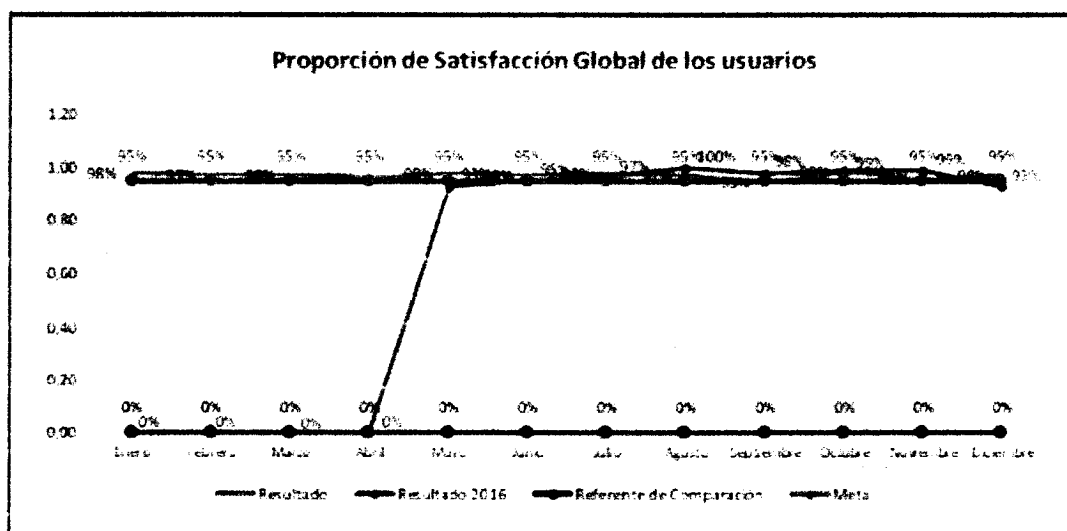
Email: gescontrol@hospitalsanjose.gov.co

Seguimiento a la evaluación del Plan de Acción: El 07 de diciembre de 2017 se elaboró el primer informe de seguimiento a la evaluación de los POD vigencia 2016.

El 28 de diciembre de 2017 se elaboró el segundo informe de seguimiento a la evaluación de los PODS vigencia 2016, el cual es semestral.

Satisfacción del Usuario: La medición de la satisfacción en el Hospital Universitario San José E.S.E se realiza a través de la aplicación de un formato de encuesta definido para la Institución a una muestra representativa de la población atendida.

A partir del mes de mayo de 2016 se aplica la encuesta establecida por el Ministerio de la Protección Social, obteniendo para el año 2017 un resultado del 97%, indicándose que las evaluaciones establecidas fueron de sobre la atención brindada y la adherencia a los deberes y derechos.

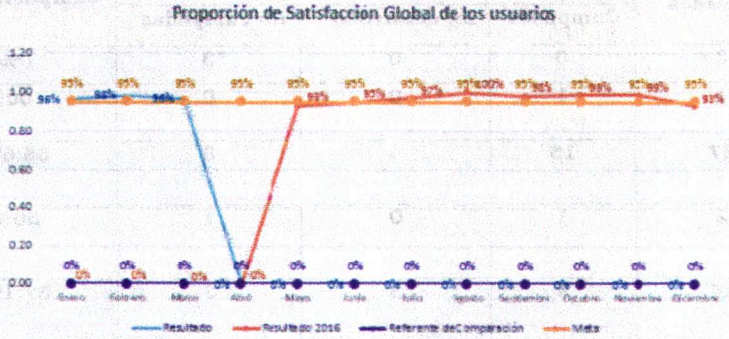


Fuente: Oficina SIAU

Durante el primer trimestre del 2018 se obtuvo un índice de satisfacción del Usuario en un 97%, dando cumplimiento a la meta institucional y logrando un aumento del 1.0% en comparación al primer trimestre del 2017 que el índice fue del 98%.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPOPAYÁN <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

	REPORTE Y ANÁLISIS DE INDICADOR	GCA-CA-PD11-FOR24
		Versión 02
		Página 1 de 1

Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU													
Aspectos Generales													
Nombre del Indicador	Período de Reporte	Fecha de Reporte	Número del Indicador										
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios	I TRIMESTRE	11 ABRIL 2018	10										
Justificación del Indicador			Categoría del Indicador										
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.			SATISFACCIÓN DEL USUARIO										
Fórmula del Indicador			Análisis General										
Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud que ha recibido en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.?			En el PRIMER TRIMESTRE, se alcanzó la satisfacción del 97%, cumpliendo con la meta establecida y para el año 2017 en el PRIMER TRIMESTRE, el parámetro de comparación fue del 98%.										
			Logros En el PRIMER TRIMESTRE se logra que la SATISFACCIÓN se mantenga por encima de la meta propuesta. Gracias a las actividades realizadas como DIVULGACIÓN DE DEBERES Y DERECHOS, acompañamiento personalizado, educación continua, sesiones breves, sensibilización para brindar una atención segura y humanizada y compromiso frente a la atención del Usuario y su familia.										
Numerador	Denominador	Rango de Calificación											
Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud que ha recibido en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.?	Número de usuarios que respondieron la pregunta	SATISFACTORIO											
		ACEPTABLE											
		DEFICIENTE											
Fuente Numerador	Fuente Denominador	Rango de Calificación Obtenido											
Encuestas de Satisfacción	Encuestas de Satisfacción	97%											
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
Numerador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Oportunidades de mejora en la atención al usuario: se recomienda a la Oficina de Atención al usuario suscribir los planes de mejoramiento de las quejas en el formato 28 A de la Contraloría Municipal de Popayán previamente codificado por la Oficina Asesora de Planeación y alineado a un procedimiento de formulación y seguimiento al plan de mejoramiento originado de las quejas.

La Oficina de Sistema de Atención al usuario realizó reuniones durante el primer trimestre de 2018 con la liga de usuarios y veeduría ciudadana en la cuales se manifiestan las no conformidades encontradas en la prestación del servicio de salud.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ UNIVERSIDAD DE SAN JOSÉ <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 02
			Página 1 de 60

Seguimiento a Planes: La Oficina de Control Interno, realizó el informe de evaluación por dependencias de la vigencia 2017, se constató que la entidad realiza autoevaluación de los Planes Operativos y Mapa de Riesgos, de manera periódica trimestral

De acuerdo al decreto 1011 de 2006 la cual define la auditoria para el mejoramiento de la calidad en atención a la salud, se pone en marcha el cumplimiento de los planes de mejora del PAMEC.

Cumplimiento del PAMEC Primer Trimestre del 2018

PAMEC	Total Actividades	Actividades			Cumplimiento
		Cumplidas	En desarrollo	No cumplidas	
Gerencia	3	0	0	3	0%
Direccionamiento	1	1	0	0	100%
Asistencial	27	15	4	8	55.6%
Gestión de Tecnología	2	1	0	1	50%
Gerencia de la Información	14	8	3	3	57.1%
Gestión de Ambiente Físico	16	11	1	4	68.8%
Mejoramiento	3	2	1	0	66.7%
Total	66	38	9	19	57.6%

Responsabilidad Social: Se desarrollaron actividades al interior de los procesos como son: socialización del programa de responsabilidad social, autoevaluaciones, divulgación de las políticas institucionales.

Seguimiento a las actividades del programa de responsabilidad social 2017

	PROCESO	ESTABLECIDAS	CUMPLIDAS	CUMPLIMIENTO
COMP 1	Humanización	2	2	100%
	Planeación	1	1	100%
	SIAU	1	1	100%
COMP 2	Trabajo Social	1	1	100%
	Humanización	1	1	100%
	Comunicaciones	1	1	100%
	Banco de sangre	1	1	100%
	Mama canguro	3	3	100%
	Banco de leche	3	3	100%
	SIAU	4	4	100%
	Seguridad del Paciente	3	3	100%
COMP 3	SST	4	4	100%
	Humanización	1	1	100%
	Talento Humano	6	6	100%
COMP 4	Gestión ambiental	13	10	77%
	Mantenimiento	2	1	50%
	Comunicaciones	1	1	100%
	Humanización	2	1	50%

Fuente: Planeación

Oficina de Control Interno. El procedimiento de Auditoría Interna se encuentra debidamente documentado.

Para 2018, ya se encuentran en ejecución el Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Interinstitucional de Control Interno realizado el día 20 de Febrero de 2018.

Seguimiento a las acciones de mejoramiento: A través de las sugerencias reiteradas por la Oficina de Control Interno la entidad diseñó un cronograma de trabajo para determinar los avances a los planes de mejoramiento de Contraloría y de Control Interno de la Institución.

Seguimiento a los Planes de Mejoramiento vigentes suscritos con la Superintendencia Nacional de Salud

La Oficina de Planeación informa que según visita realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, en el mes de mayo de 2017, se respondió a las observaciones realizadas, por las cuales el Hospital Universitario San José, contesto, a todos y cada uno de ellos, por lo cual la Superintendencia de Salud, informa a la Gerencia que no se suscribirá ningún plan de mejoramiento, por cuanto ellos enviaran a cada uno de los entes de control respectivo cada una de

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN ACCIÓN EN PROGRESO <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

las observaciones, y es a ellos a quienes debemos responder, a la fecha solamente ha solicitado este informe, la procuraduría general de la nación, en visita realizada en el mes de mayo de 2018.

Arqueos de caja general y caja menor:

Abril 30/2018: Arqueo realizado a la caja Menor la cual maneja el señor Oscar Javier López Gómez, en la auditoria se evidencio normalidad en el manejo del dinero y los soportes debidamente documentados.

Abril 30/2018: Arqueo realizado a la caja 01 general de consulta externa en la cual la responsable es la señora Ángela María López, en la auditoria se evidencio normalidad en el manejo del dinero y los soportes debidamente documentados

Abril 30/2018: Arqueo realizado a la caja 02 general de consulta externa en la cual la responsable es la señora Melba Muñoz, en la auditoria se evidencio normalidad en el manejo del dinero y los soportes debidamente documentados

Abril 30/2018: Arqueo realizado a la caja general de consulta externa en la cual la responsable es la señora Yesica Eliana Franco, en la auditoria se evidencio normalidad en el manejo del dinero y los soportes debidamente documentados

Abril 30/2018: Arqueo realizado a la caja general de Rayos X en la cual la responsable es la señora Rosa María Muñoz, en la auditoria se evidencio normalidad en el manejo del dinero y los soportes debidamente documentados.

Abril 30/2018: Arqueo realizado a la caja general de Urgencias Adultos en la cual la responsable es la señora Maribel Hurtado, en la auditoria se evidencio normalidad en el manejo del dinero y los soportes debidamente documentados.

PARTE 2. Acciones emprendidas de diagnóstico y planeación del MIPG, articulado con el MECI

Acciones emprendidas de diagnóstico y planeación del MIPG, articulado con el MECI. Se aplicó la herramienta de autodiagnóstico a las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional establecida por el DAFP. A partir del resultado del autodiagnóstico, se encuentra en proceso de ajuste los planes de acción por parte del área de planeación.

Carrera 6 No 10N – 142 Conmutador: 8234508- Extensión: 249

www.hospitalsanjose.gov.co

Email: gescontrol@hospitalsanjose.gov.co

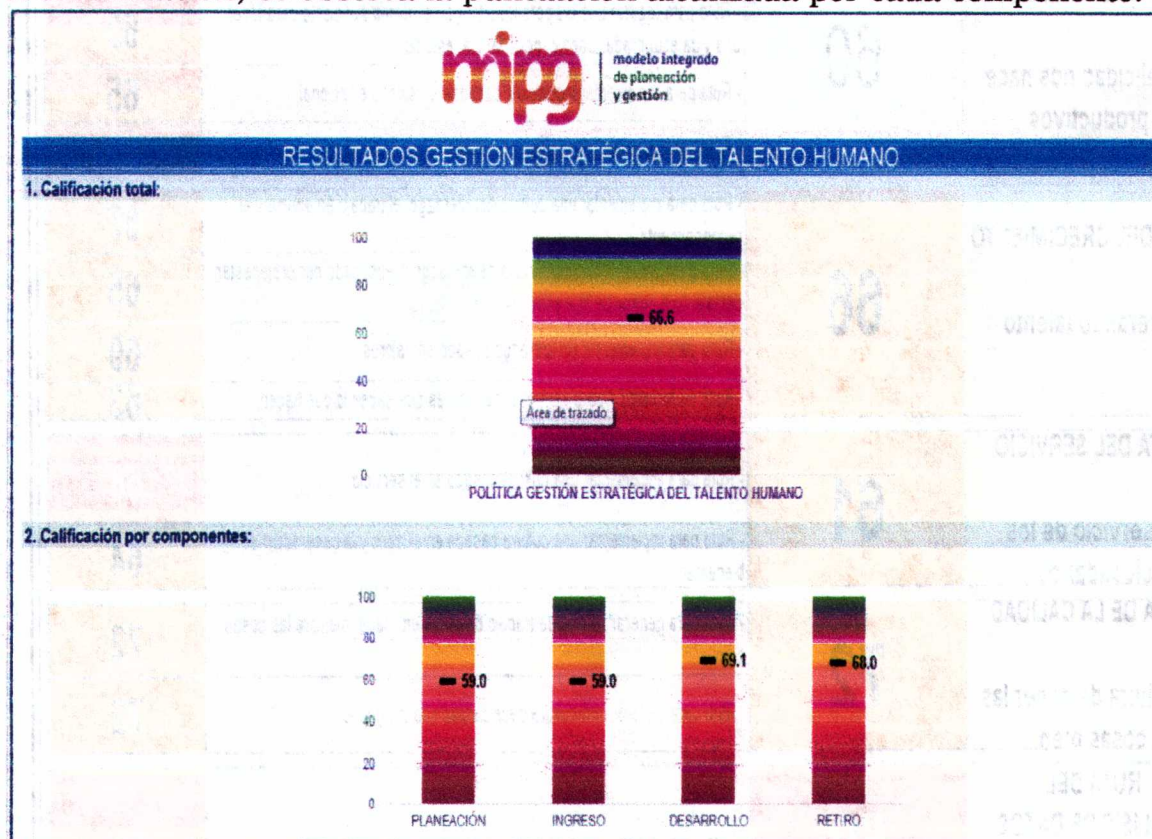
A continuación, se desarrolla cada una de las partes.

2.1 PRIMERA DIMENSION DE TALENTO HUMANO. MIPG concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades sin el cual sería imposible gestionarse y lograr sus objetivos y resultado.

2.1.1 Política de Talento Humano

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 66.6 en general para la Política de Talento Humano frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 60.4 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 78.2% de cumplimiento a MIPG, en el desarrollo de esta dimensión de Talento Humano.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



El análisis se complementa con los siguientes resultados por cada una de las rutas, la cual se determina un resultado de 63.6 las cuales consisten en la agrupación de algunas de las variables por temas que son prioritarios para la gestión estratégica del talento humano:

modelo integrado
de planeación
y gestión

RESULTADOS GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO

RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR

RUTA DE LA FELICIDAD

La felicidad nos hace
productivos

60

- Ruta para mejorar el entorno físico del trabajo para que todos se sientan a gusto en su puesto

56

- Ruta para facilitar que las personas tengan el tiempo suficiente para tener una vida equilibrada: trabajo, ocio, familia, estudio

63

- Ruta para implementar incentivos basados en salario emocional

65

- Ruta para generar innovación con pasión

58

RUTA DEL CRECIMIENTO

Liderando talento

66

- Ruta para implementar una cultura del liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento

67

- Ruta para implementar una cultura de liderazgo preocupado por el bienestar del talento a pesar de que está orientado al logro

65

- Ruta para implementar un liderazgo basado en valores

69

- Ruta de formación para capacitar servidores que saben lo que hacen

63

RUTA DEL SERVICIO

Al servicio de los
ciudadanos

61

- Ruta para implementar una cultura basada en el servicio

58

- Ruta para implementar una cultura basada en el logro y la generación de bienestar

64

RUTA DE LA CALIDAD

La cultura de hacer las
cosas bien

72

- Ruta para generar rutinas de trabajo basadas en "hacer siempre las cosas bien"

72

- Ruta para generar una cultura de la calidad y la integridad

72

RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS

Conociendo el talento

59

- Ruta para entender a las personas a través del uso de los datos

59

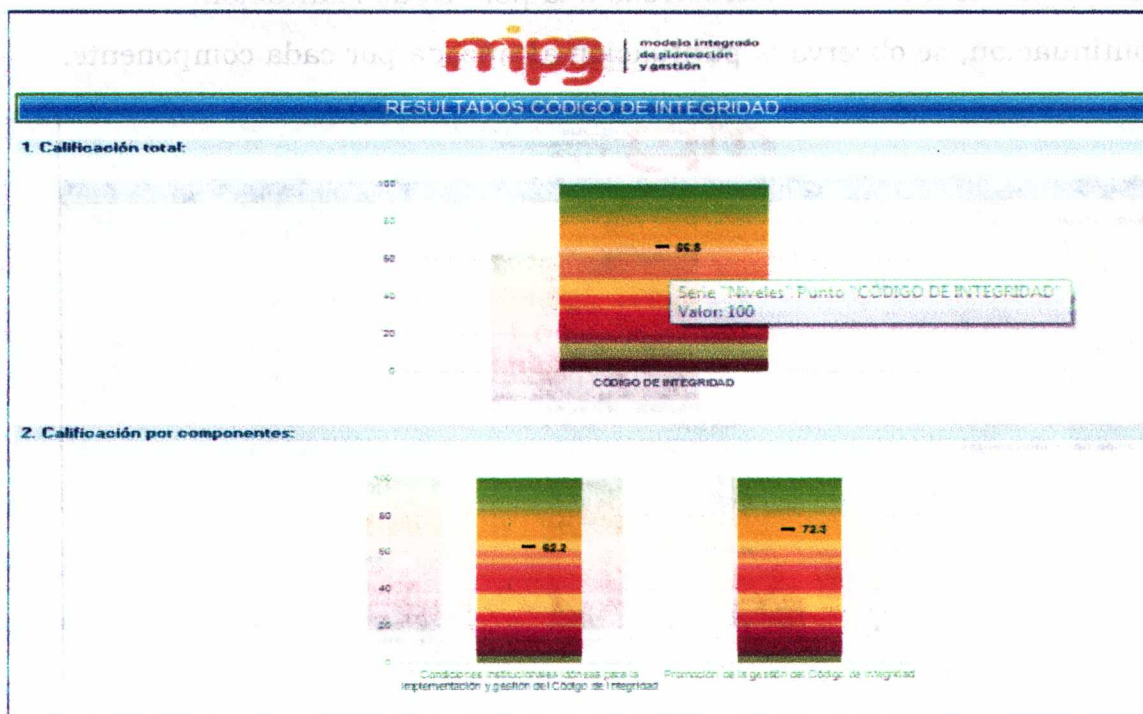
De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

3.1.2 Política de Integridad.

La integridad tiene que ver con el cumplimiento de las promesas que hace la Institución a los ciudadanos frente a la garantía de su seguridad, la prestación eficiente de servicios públicos, la calidad en la planeación e implementación de políticas públicas que mejoren la calidad de vida de cada uno de ellos, con esta dimensión, y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir el objetivo de MIPG "Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidad.

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 66.8 en general para la Política de Integridad frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 58.9 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 79.3% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Integridad.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ UNIVERSIDAD DE COSTA RICA <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

Actualmente la Política de Integridad está en proceso de reajuste, debido a que se encuentra en modificación el código de ética como medida de homologación para adoptar el código de integridad.

De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

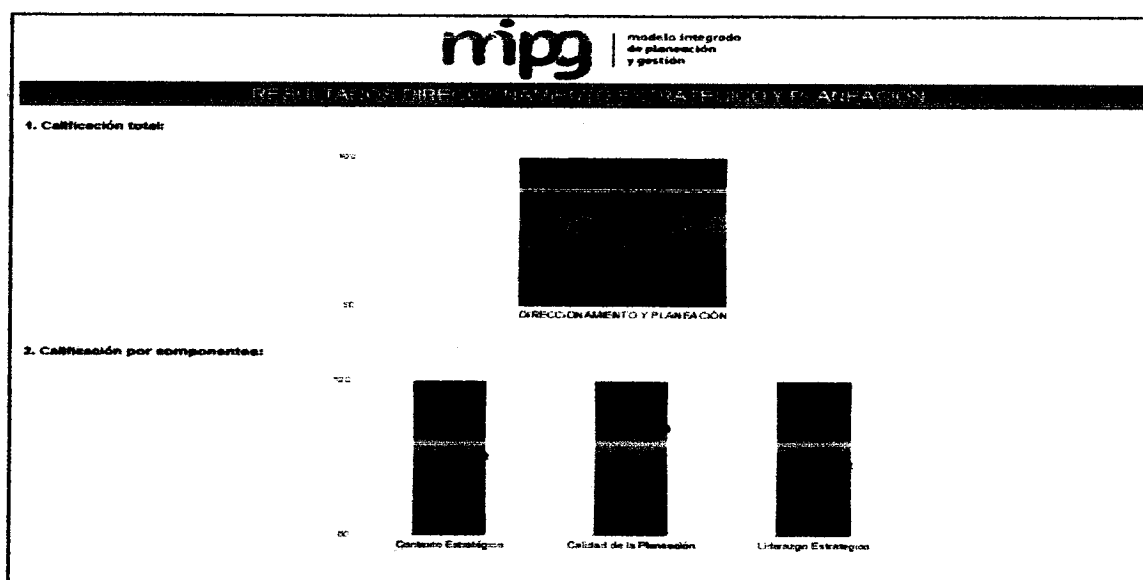
3.2 SEGUNDA DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Con esta dimensión, y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidad para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos”

3.2.1 Política Planeación Institucional

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 92 en general para la Política de Planeación Institucional frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 57.6 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 76% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Planeación.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

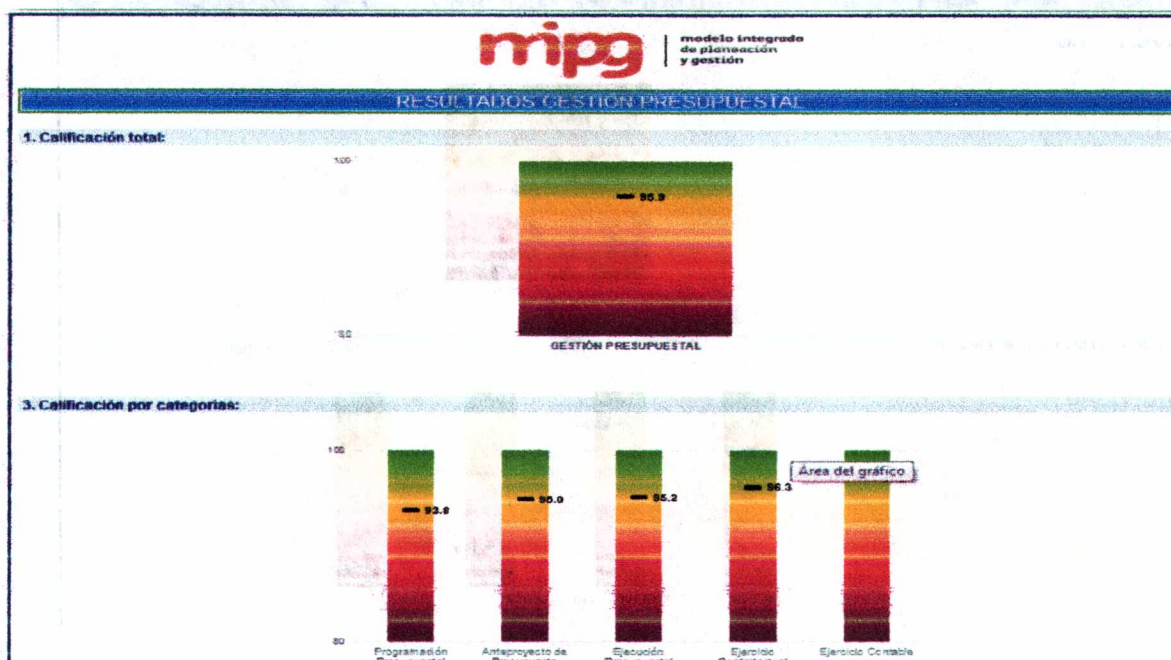
3.3 TERCERA DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS.

Con esta dimensión, y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir los objetivos del MIPG: “Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos” y “Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas”

3.3.1 Política Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 95.9 en general para la Política de Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto Público, frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 47.9 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 65% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

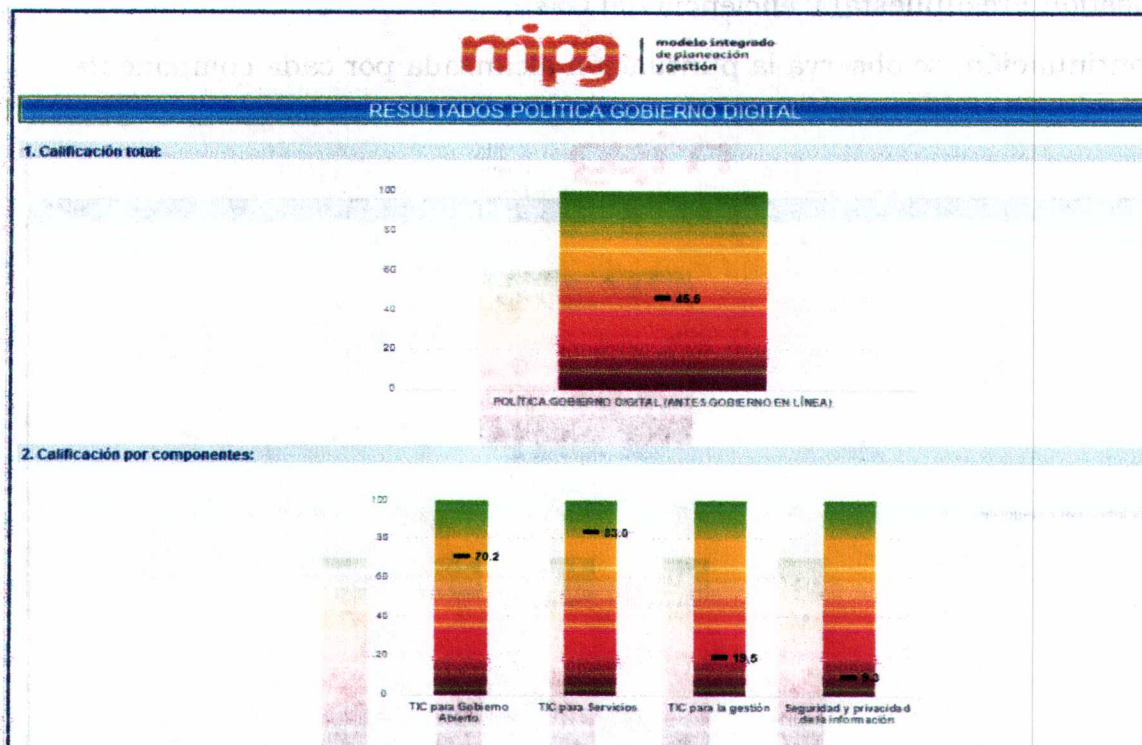
3.3.2 Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos

No se establece herramienta de Diagnóstico específica para esta Política ni Plan de Acción al corte del presente informe.

3.3.3 Política de Gobierno Digital

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 95.9 en general para la Política de Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto Público, frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 47.9 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 65% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

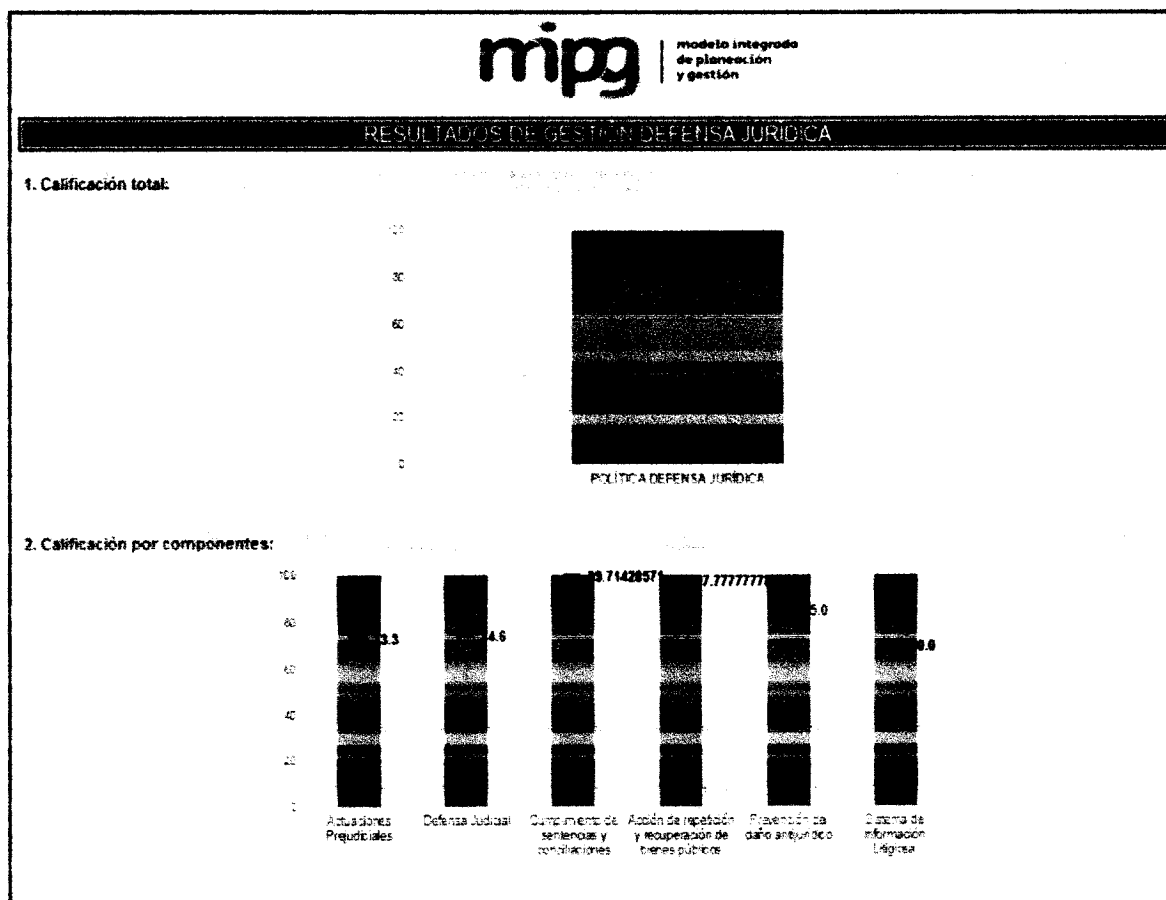
3.3.4 Política de Seguridad Digital

No se establece herramienta de Diagnóstico específica para esta Política ni Plan de Acción al corte del presente informe.

3.3.5 Política de Defensa Jurídica

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 80.4 en general para la Política de Defensa Jurídica, en el informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG no se encuentra reportado el resultado debido a que no suministraron la información del área de jurídica de la Institución al Departamento del Función Publica.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:

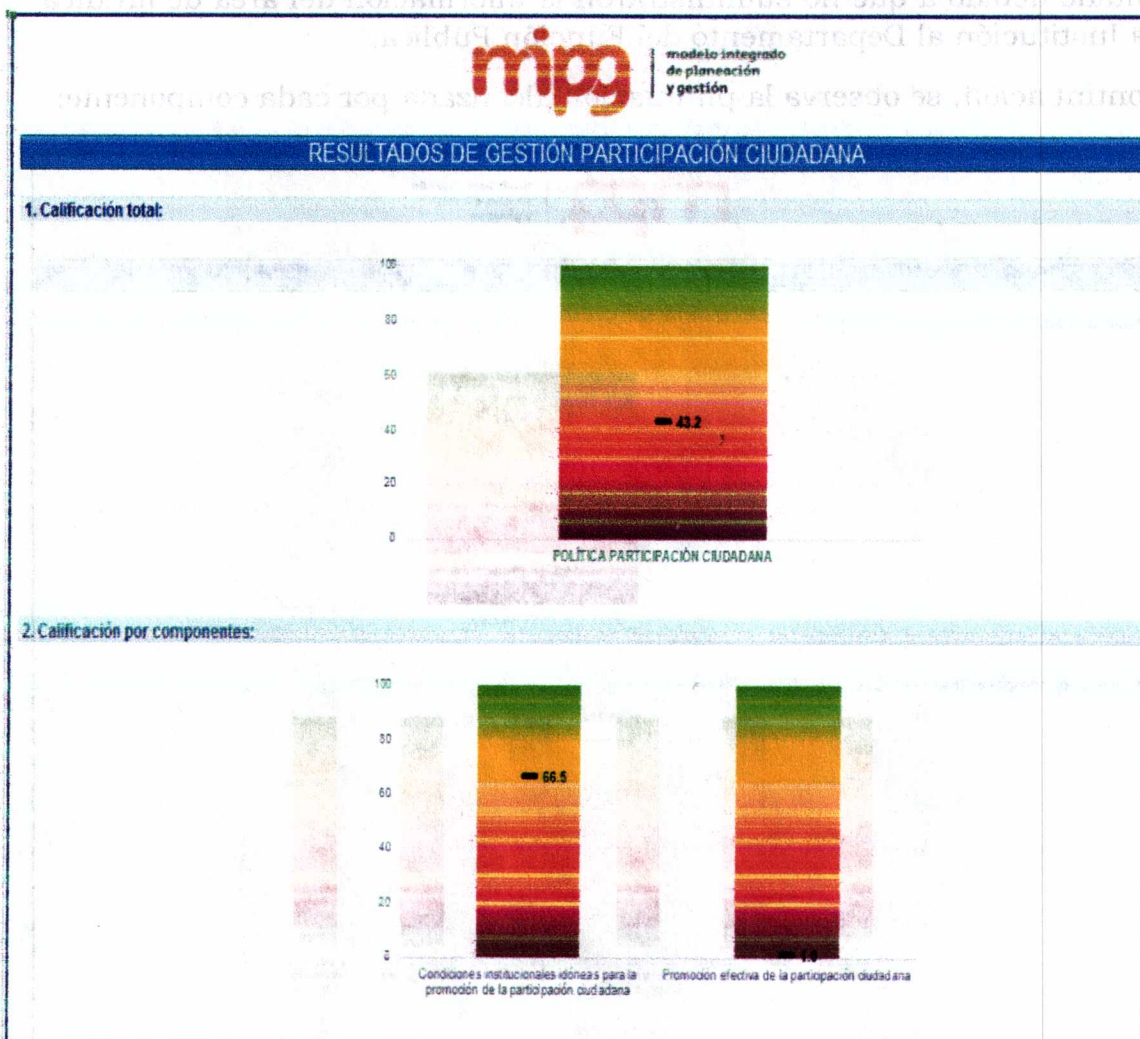


De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

3.3.6 Política de Participación Ciudadana

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 43.2 en general para la Política de Participación Ciudadana, frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 49.5 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 67.3% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Participación Ciudadana.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

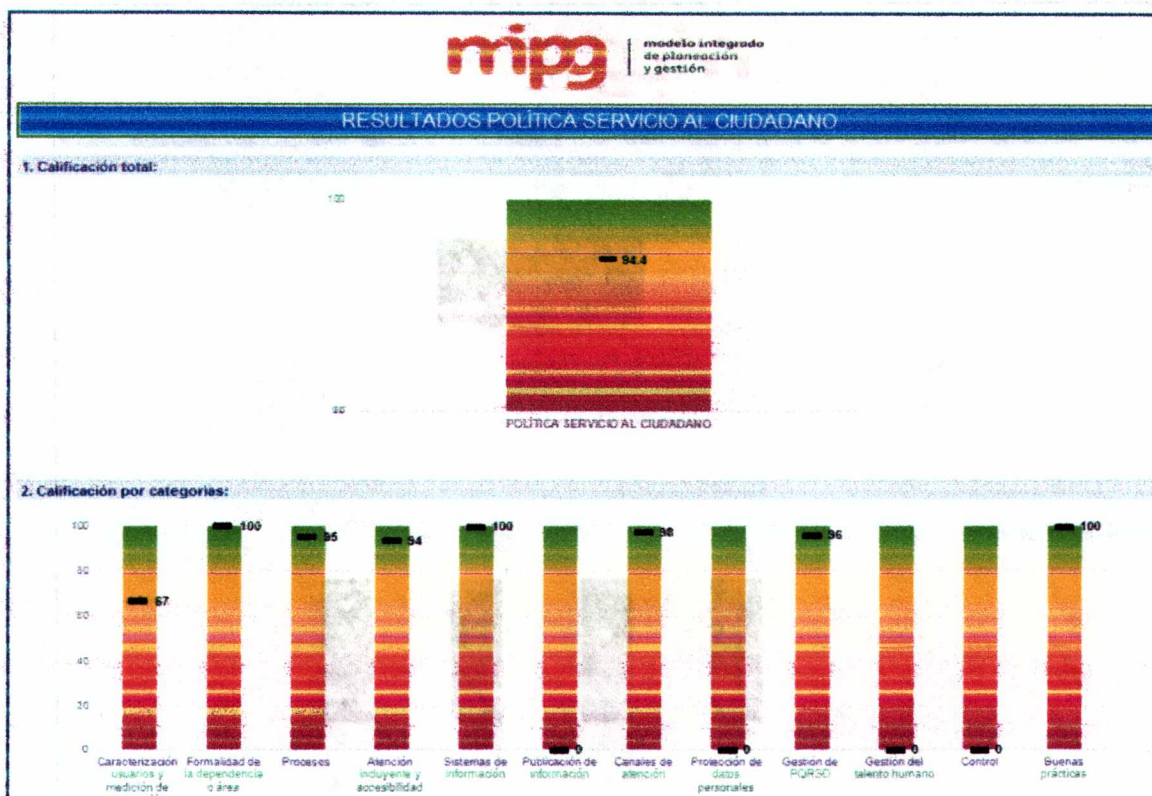
3.3.7 Política de Racionalización de Trámites

No se establece herramienta de Diagnóstico específica para esta Política ni Plan de Acción al corte del presente informe.

3.3.8 Política de Servicio al Ciudadano

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 94.4 en general para la Política de Servicio al Ciudadano, frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 51.2 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 62.1% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Servicio al Ciudadano.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

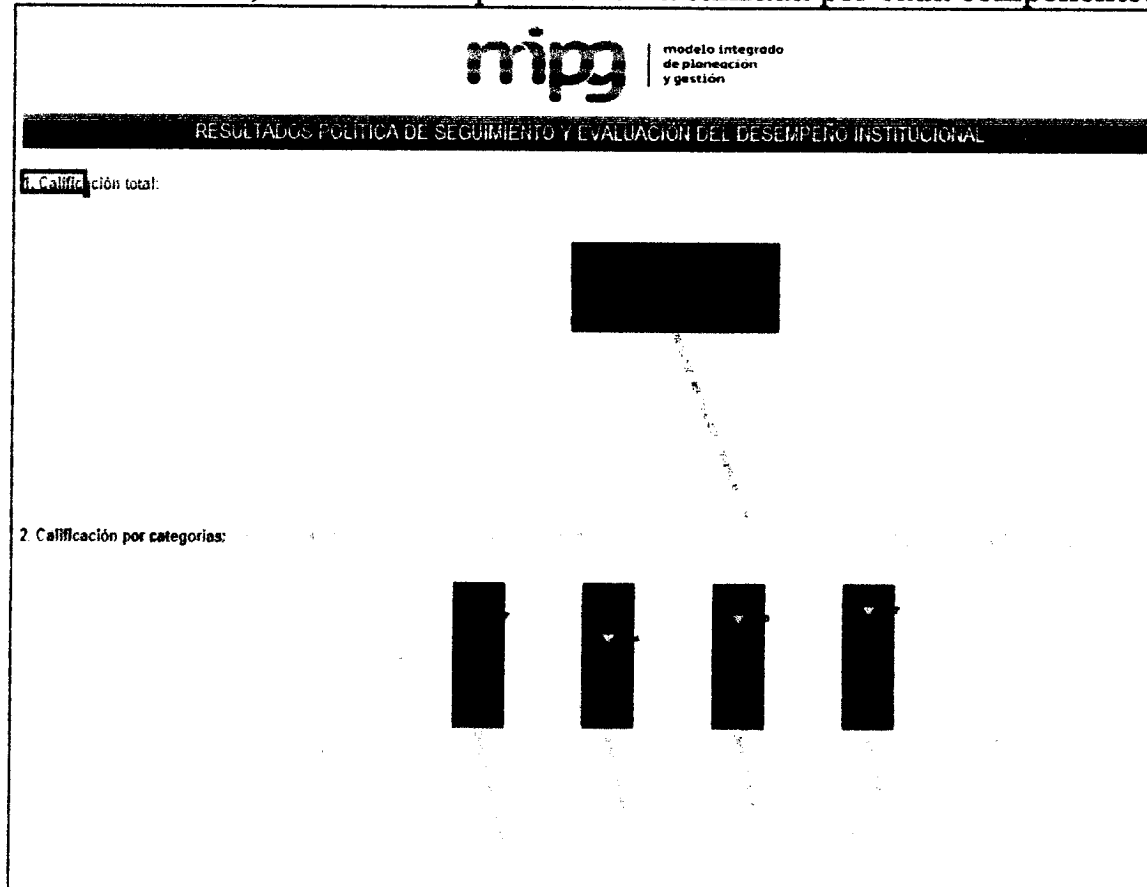
3.4 CUARTA DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Con esta dimensión, y la implementación de la política que la integra, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

3.4.1 Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 73.4 en general para la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 62.5 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 79.6% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Servicio al Ciudadano.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

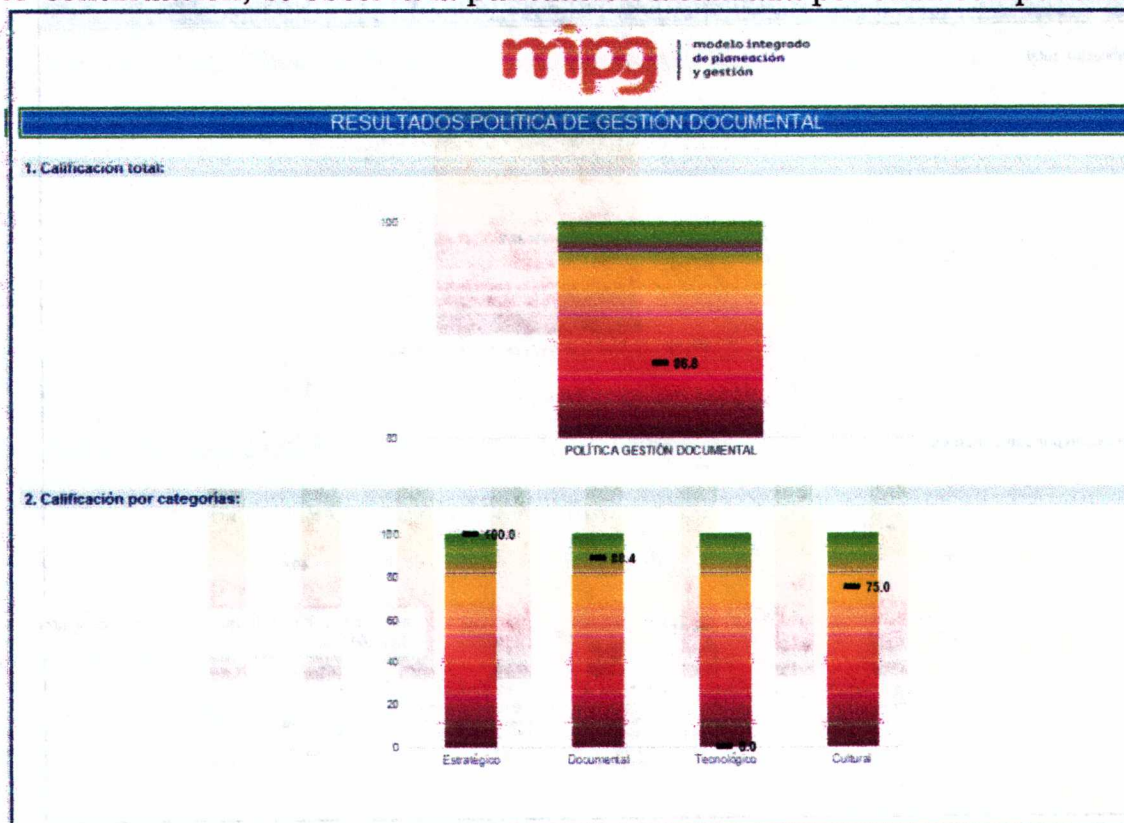
3.5 QUINTA DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Con esta dimensión, y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

3.5.1 Política de Gestión Documental

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 86.8 en general para la Política de Gestión Documental, frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 60 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 80.9% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Gestión Documental.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:

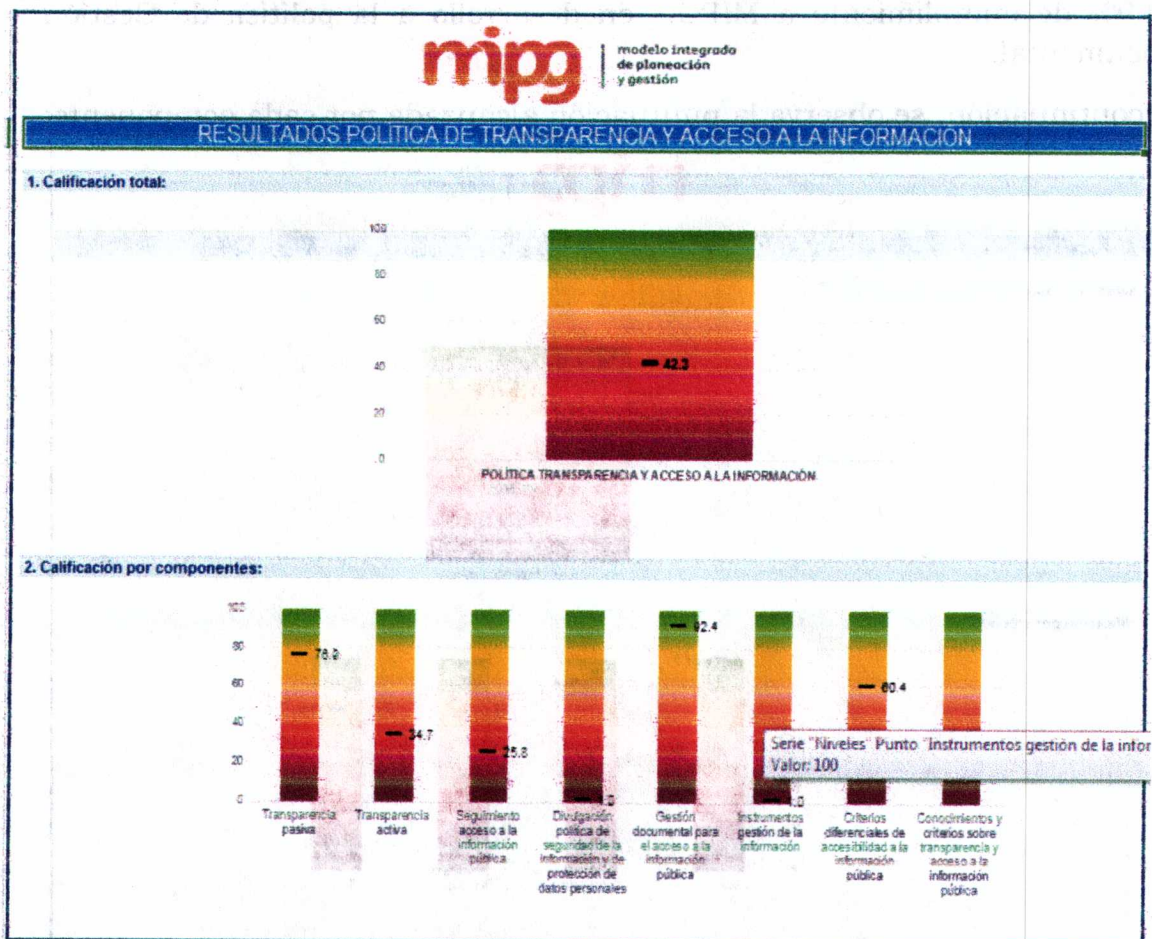


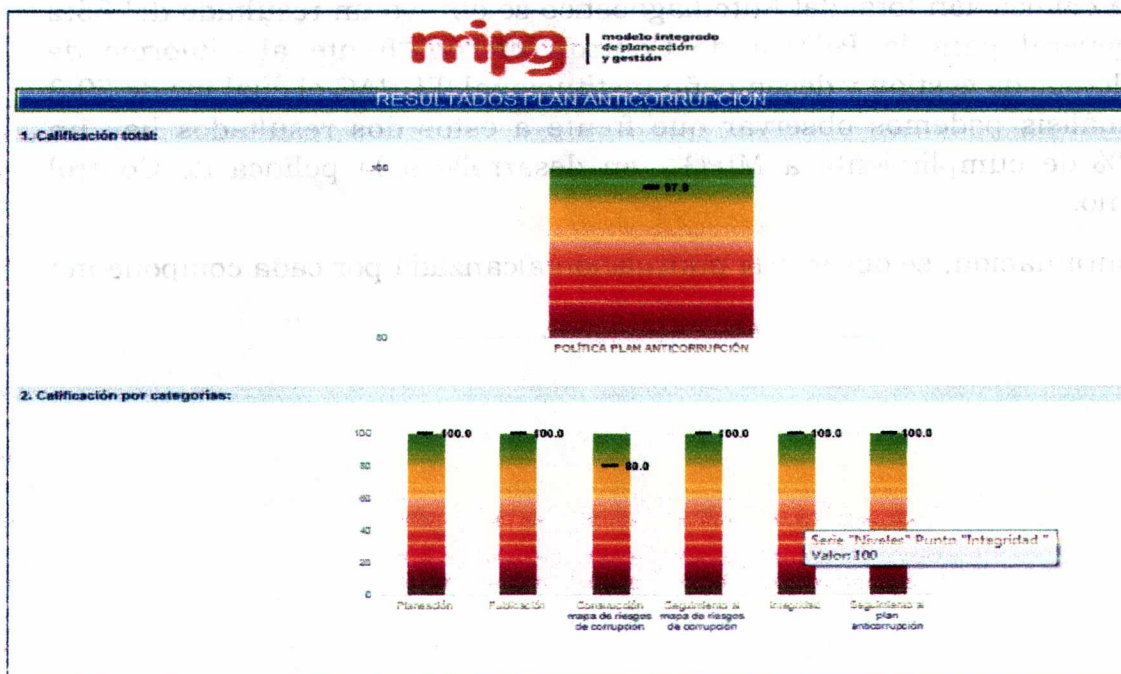
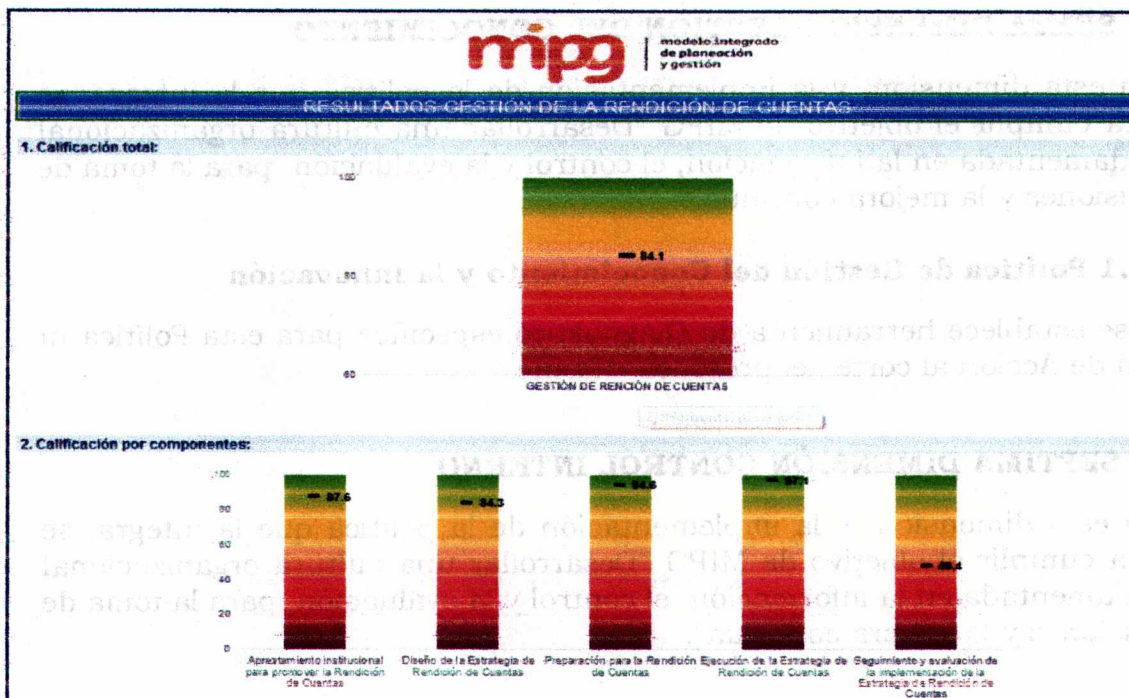
De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

3.5.2 Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 42.3 en general para la Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 59.3 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 80.1% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:





De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

Carrera 6 No 10N – 142 Conmutador: 8234508- Extensión: 249

www.hospitalsan jose.gov.co

Email: gescontrol@hospitalsan jose.gov.co

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ UNIVERSIDAD DE COSTA RICA <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

3.6 SEXTA DIMENSIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Con esta dimensión, y la implementación de la política que la integra, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

3.6.1 Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

No se establece herramienta de Diagnóstico específica para esta Política ni Plan de Acción al corte del presente informe.

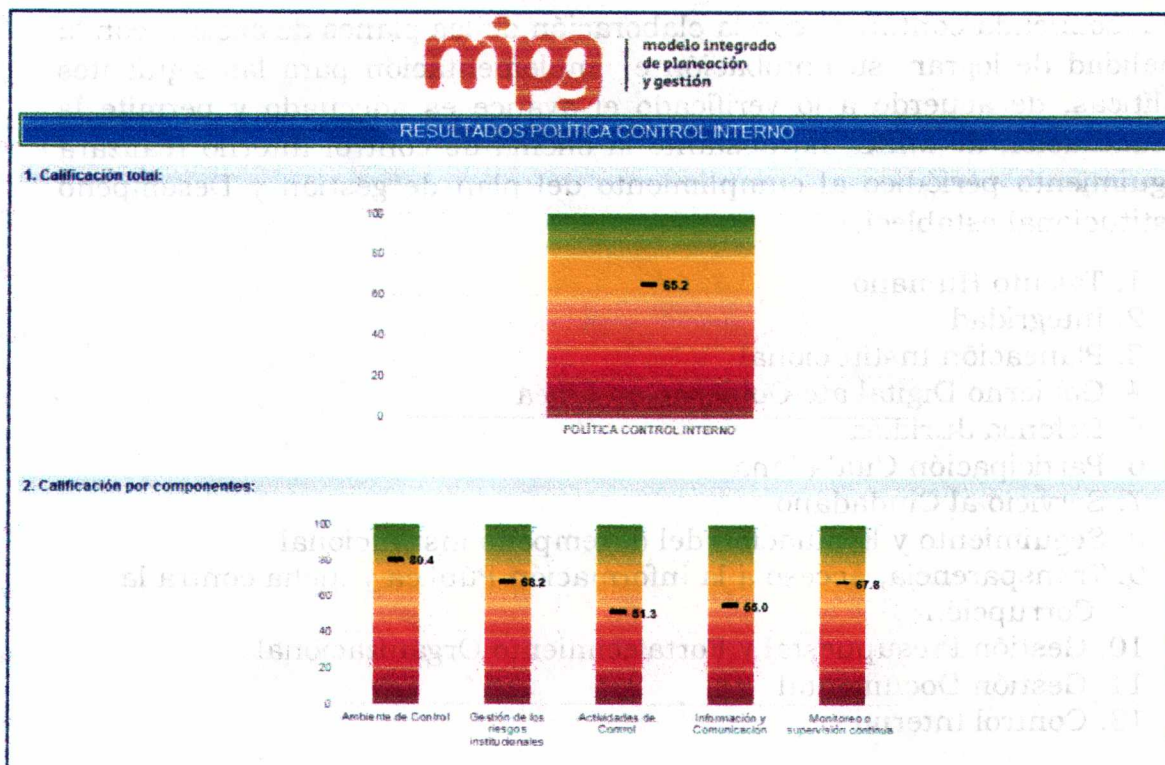
3.7 SEPTIMA DIMENSIÓN CONTROL INTERNO

Con esta dimensión, y la implementación de la política que la integra, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”.

3.7.1 Política de Control Interno

En la calificación total del Autodiagnóstico se obtuvo un resultado del 65.2 en general para la Política de Control Interno, frente al informe de resultados de gestión y desempeño Institucional (FURAG el cual fue de 59.3 en análisis podemos observar que frente a estos dos resultados hay un 80.2% de cumplimiento a MIPG, en desarrollo a la política de Control Interno.

A continuación, se observa la puntuación alcanzada por cada componente:



De acuerdo con los resultados se establece un Plan de Acción, el cual se encuentra en ajustes por parte del área de planeación de la Institución.

3.8 Conclusiones

Se han adelantado todos los formularios de autodiagnóstico establecidos por el DAFP para las Políticas (no se establecen para las Políticas de Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos, Gestión del Conocimiento y la Innovación, Racionalización de Trámites y para Seguridad Digital).

Es importante mencionar el rol que tiene la Oficina Asesora de Planeación en cuanto a la implementación de las siete dimensiones del MIPG, a partir de la herramienta de autodiagnóstico, para determinar las debilidades de la ESE Hospital Universitario San José, de esta manera elaborar el plan de Acción para la vigencia 2018, con el objetivo de dar cumplimiento a lo establecido en materia de MIPG según el decreto nacional 1499 de 2017. La Oficina de Control Interno, de acuerdo a su rol, realizara seguimiento permanente a este proceso.

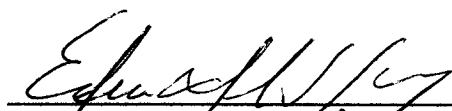
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE UNIVERSIDAD DE COSTA RICA <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 60

Se recomienda continuar con la elaboración de los planes de acción con la finalidad de lograr su aprobación e implementación para las siguientes Políticas, de acuerdo a lo verificado el avance es adecuado y permite la actualización de MIPG, no obstante la oficina de control Interno realizara seguimiento periódico al cumplimiento del plan de gestión y Desempeño Institucional establecido.

1. Talento Humano
2. Integridad
3. Planeación Institucional
4. Gobierno Digital ate Gobierno en Línea
5. Defensa Jurídica
6. Participación Ciudadana
7. Servicio al Ciudadano
8. Seguimiento y Evaluación del desempeño institucional
9. Transparencia, Acceso a la Información Pública y lucha contra la Corrupción
10. Gestión Presupuestal y Fortalecimiento Organizacional
11. Gestión Documental
13. Control Interno

Socializar a los servidores públicos el nuevo MIPG a fin de asegurar responsabilidad en las tres líneas de defensas.

Atentamente,



EDNA MERCEDES LÓPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyectó: Yamily E. Salazar Sánchez – Afiliada ASPROIN 
 Revisó y aprobó: Edna Mercedes López Molina
 Anexo: N/A
 Archivado en: Carpeta Informe Permenerizado 2019 Control Interno