

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E					
INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (LEY 1474/2011)					
PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL		PERIODO	MAYO A AGOSTO DE 2018	Código: 0	Fecha: Julio /2018
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, Control Interno, Gestión de la Información y la Comunicación, Gestión del Conocimiento y la Innovación, actualizado y aprobado mediante Decreto 1499 de 2017, y bajo el enfoque de los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno-MECI establecido en el MIPG, a saber: Ambiente de Control, Administración del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, Actividades de Monitoreo.				
NOTA	Con el propósito 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, se entrega en el presente informe los resultados del seguimiento del 2° cuatrimestre lo mismo que las recomendaciones y sugerencias.				
FORMATO	El formato se adopto y ajusto a partir de este cuatrimestre, de acuerdo a lo sugerido por el que el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, dispuso para tal efecto y las acciones que se adelantan comprenden tanto las recomendaciones del autodiagnóstico del FURAG-II, reportado por el DAFP en abril 2018, como de los planes de mejora priorizados para el 2018 en los autodiagnósticos.				
NIT 891.580.002-5					
DIMENSION	RESPONSABLES	AUTODIAGNOSTICOS	Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas		
			Avance de la Entidad		
Talento Humano	Subgerencia Administrativa Jefe Talento Humano Salud ocupacional	Gestion Estrategica de Talento Humano	Presentación del Plan de capacitaciones institucional, socializado y publicado en la página web.	En el marco de lo establecido en el Decreto 612 de 2018 En el marco de lo establecido en el Decreto 612 de 2018 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web: A partir de los resultados del autodiagnóstico ejecutado en el marco de MIPG, la Dependencia elaboró: Plan Anual de Vacantes Plan de Previsión de Recursos Humanos Plan Estratégico de Talento Humano Plan Institucional de Capacitación Plan de Incentivos Institucionales Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web: Dentro de los cuales se encuentran: Plan Anual de Vacantes Plan de Previsión de Recursos Humanos Plan Estratégico de Talento Humano Plan Institucional de Capacitación según Resolución 048 -30-01-2018 Plan de Incentivos Institucionales Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	
			El cronograma de capacitaciones incluyo los temas de Derechos humanos, gobierno en línea	El PIC ya se había elaborado cuando se articularon las acciones con MIPG. Se encuentra dentro de las acciones pendientes por implementar en el PIC 2019	
			Manual de funciones actualizado, socializado y publicado en la página web.	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 manual fue publicado en el mes de septiembre de 2018 en la página www.hospitalsanjoese.gov.co	
			Validacion de las hojas de vida ante el SIGEP	Frente al monitoreo y/o seguimiento del SIGEP, se llevaron a cabo ejercicios de revisión y ajustes, lo mismo que los seguimientos y control para asegurar la confiabilidad de la información registrada en el Sistema, Producto de lo anterior y en razón a los casos de inconsistencia encontrados en el seguimiento, se efectuaron durante el periodo evaluado diversas solicitudes. Se remitió a los correos electrónicos de todos y cada uno de los servidores públicos para que realizaran el diligenciamiento con plazo máximo hasta el 20 de junio de 2018. Las personas que no cumplieron se remitieron a Control Interno Disciplinario. La Oficina de Talento Humano está en proceso de validación de la información y a su disposición se encuentran los diversos correos cruzados con los funcionarios a	
			Las acreencias laborales estipulados en los tiempos determinados por la ley	Nominas enviadas a control interno y certificaciones revisoria fiscal	
			Existe cubrimiento de vacantes temporales mediante encargo	Mediante resolución 0244 de 2018 se promueve la creación de empleos vacantes mediante la figura de encargo. Se analiza la creación de los cargos del área asistencial con excepción de los médicos especialistas, tiene un costo de \$40.607.031.869 millones este resultado se obtiene de tomar los costos de contratación 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 institución se deben formalizar los cargos requeridos según el estudio técnico 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 farmacéutico, instrumentación, quirúrgicas, técnicos, tecnólogos de rayos x y camilleros, al crear esta planta temporal se fortalecieron los procesos misionales de las áreas de servicio farmacéutico, central de esterilización, cirugía -modalidad instrumentación, departamento de enfermería con los cargos de camilleros y el servicio de imágenes diagnósticas con sus técnicos y tecnólogos. Encargos durante el 1° semestre de 2018: Resolución Nro. 0279 del 1 de junio de 2018 se dispone un encargo y se reconoce y autoriza el pago de una diferencia de sueldo a nombre de la señora SANDRA BIBIANA RISUEÑO MORA identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 34568354 en el cargo de Enfermero Gr1, acto de posesión 3 de julio 2018 Resolución Nro. 0280 del 1 de junio de 2018 se dispone un encargo y se reconoce y autoriza el pago de una diferencia de sueldo a nombre de la señora MARTINA YISEL ROJAS identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 34537964 en el cargo de Enfermero Gr1, acto de posesión 3 de julio de 2018. Resolución Nro. 0285 del 5 de junio de 2018 se dispone un encargo y se reconoce y autoriza el pago de una diferencia de sueldo a nombre de la señora EMIRA CASTRO PINO identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 34548087 en el cargo de Enfermero Gr1, acto de posesión 3 de julio de 2018. Resolución Nro. 0286 del 5 de junio de 2018 se dispone un encargo y se reconoce y autoriza el pago de una diferencia de sueldo a nombre de la señora ESCILDA ITUYAN identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 25354718 en el cargo de Enfermera Especialista Gr1, acto de posesión 3 de julio de 2018. Resolución Nro. 0287 del 5 de junio de 2018 se dispone un encargo y se reconoce y autoriza el pago de una diferencia de sueldo a nombre de la señora AMANDA YANETH ROSERO GARCIA identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 34547986 en el cargo de Enfermera Especialista Gr1. Resolución Nro. 0392 del 25 de julio de 2018 se dispone un encargo y se reconoce y autoriza el pago de una diferencia de sueldo a nombre de la señora ADRIANA RODRIGUEZ identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 34547856 en el cargo de Enfermero Gr1, acto de posesión 13 de agosto de 2018. Resolución Nro. 0495 del 18 de septiembre de 2018 se dispone un encargo y se reconoce y autoriza el pago de una diferencia de sueldo a nombre de la señora ADRIANA RODRIGUEZ identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 34547856 en el cargo de Enfermero Gr1, acto administrativo que se encuentra publicado por diez (10) días hábiles en la Intranet desde el 20 de septiembre de 2018.	
			Plan estratégico de talento humano	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 www.hospitalsanjoese.gov.co .	
			Presentacion del Plan de bienestar e incentivos, socializado y publicado en la pagina web.	El plan de bienestar fue adoptado mediante Resolución 0056 del 30 de Enero de 2018, sin modificaciones a la fecha. publicado en la página WEB de la entidad www.hospitalsanjoese.gov.co .	

			El cronograma del plan de bienestar e incentivos incluyó los temas de Programas de vivienda	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.
			Plan estratégico de talento humano	Se cuenta con un plan estratégico vigencia 2018, tiene como objeto la alineación de los principios organizacionales en donde se define la misión y la visión, 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 provisión 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.
			Plan de seguridad y salud en el trabajo publicado en la página web	Se cuenta con un plan de seguridad en el trabajo (COPASO) mediante Resolución 0198 de 2018, en donde el día 21 junio El área de Seguridad y Salud en el Trabajo con el apoyo de la Brigada de Emergencias de la institución adelantó un simulacro de evacuación por incendio, jornada que hace parte del continuo trabajo que se adelanta con funcionarios con el propósito de garantizar que en el caso de cualquier emergencia se pueda evacuar las instalaciones en el menor tiempo posible y no se afecte la vida de trabajadores y usuarios, se a publicado en las noticias de la página web, los simulacros realizados en la vigencia 2018, en intranet se encuentran estrategias para prevenir el estrés laboral y para tener un buen trato entre compañeros, los planes, manuales, procedimientos, protocolos actualizados en los relacionado a Seguridad y Salud en el Trabajo. 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
			Evaluación de desempeño parcial semestral	La oficina de Talento Humano mediante Resolución 038 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 que corresponde al periodo entre el 01 de febrero de 2017 al 31 de enero de 2018, la evaluación de desempeño parcial semestral del periodo del 2018, se le realizó el seguimiento a las competencias laborales a 88 funcionarios de la entidad y se coordinó por parte de Talento Humano la realización de la evaluación esta a cargo de los evaluadores se está en proceso de consolidación, según circular informativa interna 101 0772018 de junio 28 de 2018 emitida por el área de talento humano se dan
			Plan de inducción de manera presencial y virtual y Reinducción	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 permitan 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 ingresa al funcionario a la entidad, cuentan con un cronograma anual de inducción general 2018. 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. Esta actividad fue realizada el 1 de noviembre del año 2017.
			Manejo del clima organizacional y el ambiente físico	A partir de ello este año se proyectó en el Plan de Intervenciones de Psicología de Seguridad y Salud en el Trabajo realizar capacitaciones, sesiones breves, intervención psicológica individual y/o campañas sobre el mejoramiento del Clima Organizacional en los diferentes servicios del Hospital, el cual se direcciona en este primer semestre hacia aquellos servicios que están teniendo grandes dificultades en su ambiente laboral. Por ello se inició ejecutando un plan de intervención grupal de 5 sesiones en las áreas de salas de pediatría y la unidad mental con todos los colaboradores independientemente de su tipo de contratación. Así mismo se realizó una jornada en donde se hizo recorrido por todos los servicios y/o áreas del Hospital enfocado en trabajo en equipo, comunicación y manejo de estrés. También durante los meses de Febrero y Marzo se realizaron diferentes campañas para el mejoramiento del ambiente laboral, enfocadas en el buen trato y la prevención del estrés, lo cual se publicó en Docuinet, vulcano y carteleras del hospital, en donde fue visible para todos los trabajadores. En cuanto al ambiente físico se han realizado inspecciones de seguridad en las diferentes áreas del Hospital y se gestionaron con el área de mantenimiento las adecuaciones pertinentes.
			Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional	De acuerdo al cronograma de clima organizacional las actividades a realizar para el periodo 2018, se encuentra programada para los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018
	Subgerencia Administrativa Jefe Talento Humano	Integridad	Actualización del código de integridad	Mediante la Resolución N°310 de junio 18 de 2018, por la cual se adopta el código de integridad, 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 los valores ellos son: HONESTIDAD, RESPETO, COMPROMISO, DILIGENCIA, JUSTICIA, en donde el área de talento humano es quien lidera la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes de la integridad y quien coordina las actividades a realizar Se realizó publicación en la página www.hospitalsanjose.gov.co
			Socialización y divulgación presencial del código de integridad para los funcionarios	Se realizó la socialización por intranet, correos electrónicos y chat. Presencial no quedó como acción para la presente vigencia.
			PODA por dependencia, lo programado, ejecutado y porcentaje de cumplimiento.	Para la evaluación de los planes operativos por dependencias se utilizaron los siguientes informes de seguimiento para verificar el cumplimiento de las actividades establecidas: 1. Informe mapeo de riesgos 2. Informe responsabilidad social 3. Informe plan anticorrupción 4. Informe seguridad del paciente 5. Informe seguimiento planes de mejora 6. Listado maestro (procedimientos, manuales y guías) 7. Informe archivo central 8. Informe PQRS 9. Informe PAMEC 10. Informe indicadores 11. Informe 5 Se realizó seguimiento a 48 procesos y subprocesos de los cuales 26 son procesos con un cumplimiento del 77% y 22 son asistenciales con un cumplimiento del 78% para un total de 77,5%. El 54,17% de los procesos tuvieron un grado de ejecución de los planes operativos por dependencia entre el 80% - 99% (26 procesos) el 38,42%- entre el 51% - 79% (17 procesos) y el 50% (10 procesos) en 10,42%. El seguimiento se realizó con corte a junio de 2018.
			Plan de Gestión Integral del Riesgo (PEGIR) lo programado, ejecutado y porcentajes de cumplimiento	El informe de PGIR en el momento no puede ser finalizado debido a que la entidad se encuentra a la espera de que la secretaría de salud envíe un formato nuevo teniendo presente la resolución 414, mientras dicha información no sea enviada por la secretaría departamental de salud no puede finalizarse dicho plan ni la entrega de los respectivos avances. Se anexa documento en digital con la información disponible frente al tema
			Con el marco estratégico, 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	En julio la entidad inicia los trabajos en la fachada de atención al usuario y consulta externa que van a permitir adelantar el mantenimiento correctivo del hospital público más grande Cauca, la inversión es de 218.593.600 millones de pesos, que serán ejecutados en plazo de tres meses. Con una inversión superior a los 1.698 millones de pesos, se está invirtiendo en la infraestructura de varias áreas asistenciales que permitirá avanzar en una mejor atención y dar apertura a nuevos .

Direccionamiento Estratégico y Planeación

Planeación
Calidad
Talento Humano
Salud ocupacional
Comunicaciones
Control Interno
Sistemas
Archivo
Estadística
Gestión Documental
Gestión ambiental
Presupuesto

Direccionamiento y Planeación

Indicadores, en procesos asistenciales y administrativos, socialización y publicación en la página web.	En el segundo trimestre de 2018 cerró el ciclo de depuración de indicadores institucionales y la consolidación de todos ellos, reuniéndose con los procesos que llevarán el seguimiento de los mismos, este proceso se logró culminar con la colaboración de todos los servicios del hospital incluso direccionamiento y gerencia y el área de la gestión administrativa y financiera. En el año 2018 se llevaron los siguientes indicadores: - Asistenciales 145 - Administrativos 89 - Direccionamiento y gerencia. 11 Se realizan modificaciones en indicadores como Oportunidad de la Atención de la Consulta de Urgencias, donde la meta del tablero de Indicadores CMI son 15 minutos, se define esta consulta como el tiempo de espera del paciente que una vez ha sido atendido por el médico de triage, y según la clasificación pasará a consulta con el médico a consultorio, se promedian los tiempos de todos los triage como lo tiene definido la institución, y este tiempo es de 90 minutos, para este indicador se toman en cuenta los tiempos de las 3 urgencias. Adultos, ginecología y pediatría. El indicador de Oportunidad en la Atención de Imágenes Diagnósticas se complementa con la oportunidad de las ecografías que se toman en el servicio de ginecología.
Formulación del Plan Anual de Adquisiciones PAA, para la vigencia 2019, el cual contiene las adquisiciones de bienes y servicios que requiere una entidad, con cargo a los presupuestos de funcionamiento y de inversión.	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 \$123.213.883.334, 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.hospitalseanjose.gov.co 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 al periodo enero a 31 de diciembre de 2019
Evaluación y ajustes de mapas de riesgo (proceso, acción, establecida, acción cumplida, porcentaje de cumplimiento)	Con respecto a la socialización de los mapas de riesgo, se dio inicio a esta actividad en el mes diciembre de 2017, con la construcción y actualización de los mapas de riesgos hasta la fecha (12 de junio de 2018). En el mes de junio de 2018, se inició la socialización de los mapas de riesgos y de direccionamiento estratégico en los diferentes servicios programados, con un total de 34 servicios, distribuidos en 22 servicios para el mes de junio y 15 servicios realizados para el mes de julio con 27 mapas asistenciales con un cumplimiento del 100% y 38 mapas administrativos con un cumplimiento del 87,3 % durante la presente vigencia, se logró a la fecha actualizar el 98,4% de los mapas de riesgo, siendo el único faltante el mapa de riesgos de "Control Interno Disciplinario" debido a que no hubo un profesional designado oficialmente para el cargo, dicho mapa no puede ser suscrito. Como novedades en la vigencia 2018, los siguientes mapas de riesgos fueron creados: - Neonatos y banco de leche en el mapa de "Neonatos" - Traumatología, quirúrgicas I y II en el mapa de "Internación General" - Ginecología y Sala partos en el mapa "Gineco - Sales" - Cirugía y Endoscopia - Unidad Mental - se creó el mapa de riesgos de unidad mental que quedó a cargo de la líder de sala partos y ginecobstetricia De los 34 mapas de riesgos administrativos, 28 mapas de riesgos fueron cumplidos a primer semestre de 2018 en un 100%, tres mapas de riesgos se encontraron con un porcentaje de cumplimiento superior al 90% (servicio, sistemas y calidad) y el proceso de verificación quien obtuvo una calificación del 71% para el primer seguimiento de riesgos. Por otra parte un proceso no entregó información de mapas de riesgos, la cual fue el área de Cartera, cabe resaltar que a dicho proceso se le solicitó la información por diferentes medios y sin obtener respuestas favorables frente al tema. De los 28 mapas de riesgos asistenciales, a la fecha han sido entregados los soportes del seguimiento de todos los mapas de riesgos, evidenciando que en el nivel asistencial el cumplimiento fue del 100% hasta la fecha para los procesos, excepto para el proceso de infecciones, el cual entregó un cumplimiento del 78%. Para el nivel administrativo de las 28 actividades se cumplieron 256, logrando un cumplimiento del 98,2% a corte 01/08/2018. De los 28 mapas de riesgos asistenciales, a la fecha han sido entregados los soportes de 80 mapas de riesgos, de 483 actividades se cumplieron con 464 dando un porcentaje de cumplimiento de 96% en el seguimiento de todos los mapas de riesgo. Solo el proceso de cartera y epidemiología fueron los procesos que no entregaron información y soportes de mapas de riesgos. Se recomienda fortalecer el proceso de revisión de los mapas de cada servicio con el fin de verificar que la información consignada se encuentra actualizada y es coherente con los objetivos institucionales y del servicio, con respecto al año 2017, en 2018 disminuyeron en 5 riesgos debido a la supresión y fusión de procesos de mapas de riesgos, teniendo para el año 2017, 157 riesgos y para el año 2018, 152 riesgos a la fecha
Análisis y valoración del riesgo en los procesos administrativos y asistenciales que impiden el logro de su propósito fundamental y las metas estratégicas.	En la gestión y administración del riesgo, se puede observar 86 riesgos en el año 2015 y para el año 2018 son 57, para 2017 se trabajó con 53 riesgos y en 2018 se realizaron 84 riesgos, de acuerdo a lo anterior se puede determinar aumentaron los riesgos en 11 riesgos. Esto nos indica que los riesgos han cambiado de valoración y la disminución de riesgos inaceptables generó un aumento en los riesgos importantes para esta vigencia. En conclusión se puede mencionar que para el hospital en el año 2018 fue muy importante la administración y gestión de los riesgos de una vigencia a otra (2017-2018), demostrando que se logró mantener y mitigar los riesgos de una vigencia a otra teniendo en cuenta la inclusión de nuevos servicios en la entidad.
Eventos adversos asistenciales en el programa de seguridad del paciente seguimiento y cumplimiento.	En el segundo trimestre de la vigencia se reportan 283 eventos adversos, los más frecuentes hacen referencia a fiebitis (145), Daño por filtración y/o salida de catéteres (36), Úlceras por Presión (30), Autolesiones (28), y Caídas (15). Los eventos sin gestionar corresponden a los servicios, de UCINT, Neonatos, Urgencias Adultos y Fisioterapia lo cuales fueron reasignados después de la reunión de mejoramiento donde se informa al personal de los reportes de su servicio y las acciones de mejora implementada, la gestión de estos eventos debe estar finalizada, con frecuencia diaria se realiza el proceso de asignación de los eventos clínicos reportados en el aplicativo disponible en INTRANET, y de igual forma se realiza seguimiento a la gestión y cierre de los mismos.
Mejora en la medición de la satisfacción del usuario, porcentaje de cumplimiento	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 SEGUNDO TRIMESTRE se alcanzó la satisfacción global del 98%. En el SEGUNDO TRIMESTRE se logra mantener un nivel de satisfacción frente a los usuarios y sus familias, los cuales recomiendan a la institución para ser atendidos, demostrando complacencia por los
Elaboración de las políticas institucionales con el nuevo modelo MIPG	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 811 y 812 de 2018 de la función pública hasta la fecha. Se realizó un avance de la mano de la oficina de calidad frente a la elaboración de las políticas relacionadas con el MIPG, hace falta continuar con la elaboración de los modelos de las políticas para próximas revisiones del tema y futura aprobación e institucionalización. En alianza con la oficina de comunicaciones y el área de planeación se lanzó la iniciativa "miércoles de MIPG" la cual consiste en que el tercer miércoles de cada mes se suba a la página del hospital san José información relacionada con el modelo integrado de planeación y gestión, además se lanzó conjuntamente la iniciativa "jueves de direccionamiento estratégico" la cual consiste en que cada último jueves del mes, se subirá información a la página web del hospital, relacionada con el direccionamiento
Mejora en reuniones realizadas por el proceso de atención al usuario con la liga de usuarios y veedores.	La Oficina de Sistema de Atención al usuario realizó reuniones durante el segundo trimestre de 2018 con la liga de usuarios y veedores ciudadanos en la cuales se manifiestan las no conformidad encontradas en la prestación del servicio de salud.
Plan de mejora PAMEC (lo programado, ejecutado, y porcentaje de cumplimiento)	El PAMEC es la manera particular en que cada 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 durante el primer semestre la entidad obtuvo un cumplimiento del 57,6% que cubre :Gerencia, Direccionamiento 100%, Asistencial 55%, Gestión de Tecnología 50 %,Gerencia de Información 57,1%, Gestión Ambiente físico 88,8% , Mejoramiento 68,7. se continúa avanzando para el fortalecimiento de la entidad. El Programa de auditoría para el mejoramiento continuo (PAMEC) Durante el primer semestre de 2018, la oficina de aseguramiento de la calidad realizó el seguimiento al PAMEC con los diferentes grupos de mejoramiento, el 48.4% de las actividades en desarrollo el 7.9% y atrasadas el 43%.
Presupuestalmente se tienen en cuenta disposiciones en materia de austeridad en el gasto público y eficiencia en los recursos	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

Gestión con Valores para el Resultado	Planeación Control Interno	Gestión Plan Anticorrupción.	La Entidad publica en su sitio web el plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano junto con el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción	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 se socializa y divulga mediante mecanismos página ewwb del hospital, correos institucionales, oficina asesora de planeación, y se adoptan acciones para que el personal de la institución lo conozcan.
			Acciones para mitigar los riesgos del mapa del plan anticorrupción	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. 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.
	Planeación Calidad Talento Humano Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documental Jurídica Gestión ambiental Presupuesto	Gestión Presupuestal	Antes de iniciar la ejecución presupuestal, se desagrega el detalle del anexo del Decreto de Liquidación en lo correspondiente a la apropiación de los Gastos de Personal y Gastos Generales y en inversión cuando el proyecto tenga asociada nómina temporal.	Informe de la Gerencia del Hospital de la desagregación del presupuesto, refrendado por la Junta Directiva antes del 1 de febrero de cada periodo fiscal
			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	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
		Participación Ciudadana	Existe la Política de Participación Ciudadana, implementación.	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 www.hospitalesanjose.gov.co .
			Diagnosticar si 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.	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 www.hospitalesanjose.gov.co eventos como son el mes de agosto en el marco de la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, la Alcaldía Municipal a través de la Secretaría de Salud Municipal, con el apoyo del Hospital Universitario San José, la Secretaría Departamental de Salud del Cauca y el ICBF, realizarán la celebración de la Semana de la Lactancia Materna. El Hospital Universitario San José de Popayán cuenta en la actualidad con el programa Madre Canguro, que permite mediante un acompañamiento a las familias tener atención integral en salud y garantizar a los menores una mejor calidad de vida de los recién nacidos. Desde el mes de mayo las madres ya están recibiendo el apoyo en alimentos, la Fundación Éxito les entrega una tarjeta que tiene un cupo mensual de \$84.000 pesos y ellas compran directamente de acuerdo a las necesidades de complemento de alimentos que tengan los niños, ellas deben traer los menores a control médico, participar de las capacitaciones y tener todo el cuidado para que los niños no tengan dificultades por alimentarios de forma inadecuada, son 47 madres y 50 menores que se están beneficiando de este programa salud y garantizar a los menores una mejor calidad de vida de los recién nacidos. El Registro Civil de los niños que nacen en el Hospital San José de Popayán se logró digitalizar en su totalidad, teniendo en cuenta que anteriormente había que hacerlo de forma manual y enviar papelería a la Registraduría, lo que generaba un tiempo de 5 días para la entrega del registro civil a los familiares.
			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.	La entidad cuenta con la página web www.hospitalesanjose.gov.co además de redes sociales, administradas por la Oficina Asesora de Comunicaciones, entre otras: Twitter, Facebook. A través de estos medios permanentemente se publica información, sobre la gestión y las actividades ejecutadas por las diferentes dependencias para el cumplimiento de la misión institucional.
		Gobierno Digital	Normalización de la producción documental a través de la ventanilla única de correspondencia (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos)	La entidad cuenta con un procedimiento de la ventanilla única de correspondencia en donde se recibe, recepción y unifica la información interna y externa, toda información
			Existe el documento o manual con las políticas de seguridad y privacidad de la información? que avances se han dado para su implementación?	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 www.hospitalesanjose.gov.co uno de los más importantes. La disposición de los medios de comunicación para las 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 al 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.
		Gestión Política defensa Jurídica	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.	En el área de jurídica se cuenta con un libro radicador en el momento de prestamos de documentación hacia otras oficinas de la entidad y se cuenta con un formato para
Dimensión Evaluación de Resultados	Calidad Planeación Sistemas-Control Interno	Seguimiento 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 apropiación 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.
			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.
			Se cuentan con encuestas de satisfacción del ciudadano.	A partir del mes de enero de 2018 se aplica la encuesta establecida por el Ministerio de la Protección Social, obteniendo para el semestre del año 2018 un resultado del 60
	Planeación Calidad Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documental Jurídica	Servicio al Ciudadano - SIAU.	Indicadores de las PQRS del área de atención al usuario	Se analiza que de las 838 PQRS, que se obtiene en la institución en el periodo de Abril a Junio del 2018, 152 que corresponde a 22.12%, son quejas, 51 que corresponde a sugerencias y peticiones, que corresponde al 7.4% y 484 felicitaciones que corresponde a un 70.43% esto nos permite analizar que se tiene usuarios en un 70.43% satisfechos con la atención brindada por la institución. Las felicitaciones son principalmente por su buen desempeño y eficiencia en la atención a los pacientes.
			Los puntos insatisfechos (Buzones) son suficientes para que los usuarios diligencien las PQRS. se realiza apertura de buzones	La entidad cuenta con buzones de sugerencias en los pisos, se está trabajando para instalar buzón de sugerencias en el cuarto piso de la entidad, la apertura de buzones se realiza una vez al mes en presencia de delegados de la liga de usuarios y funcionarios de atención al usuario.
			Que trámites por medios electrónicos permite la entidad realizar al ciudadano	En la entidad cuenta con la página institucional web www.hospitalesanjose.gov.co en la cual los ciudadanos encuentran una pestaña para efectuar sus PQRS.
		Gestión Documental	La entidad a construido, implementado y aprobado por medio de acto administrativo el Programa de Gestión Documental de la entidad	Según resolución 0096 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 gestión documental que deben asumir las dependencias necesario adoptar la normativa interna para establecer el procedimiento para la producción, recepción, radicación, direccionamiento, registro, entrega, distribución, seguimiento, conservación y consulta de documentos en general, el área de Gestión Documental preclara que esta herramienta se está trabajando de acuerdo al modelo de MIPG.
			Existe en el sitio web oficial de la Entidad una sección identificada con el nombre de "Transparencia y Acceso a la Información Pública" en donde se encuentra información la localización física, horarios y días de atención al público	Con la página institucional de la entidad www.hospitalesanjose.gov.co , se cuenta con la sección definida como "transparencia" en donde publico material referente al decreto 812 de 2018, además se cuenta con la publicación de ubicación de la entidad horarios dirección y líneas telefónicas además de sus servicios ofertados, se continúa trabajando para realizar ajustes de acuerdo al modelo de MIPG.

Información y Comunicación.

Control Interno

Gestión de Transparencia y acceso a la información	Gestión de valores	La entidad publica su gestión contractual con cargo a recursos públicos en el SECOP	El SECOP es un sistema electrónico que entre otras funcionalidades, permite a las entidades estatales cumplir con las obligaciones de publicidad de los diferentes actos expedidos en los procesos contractuales y permite a los interesados participar en los procesos de contratación, proponentes, veedurías y a la ciudadanía en general, consultar el estado de los mismos, la entidad la entidad esta trabajando para implementar el procedimiento dentro de lo que corresponde a la contratación.
		La entidad ha capacitado a sus funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	La entidad esta trabajando en campañas de socialización a los funcionarios en conocer la ley de transparencia como lo pide el nuevo modelo de MIPG
		Gestión de talento humano	La entidad cuenta con código de Integridad Mediante la Resolución N°310 de junio 18 de 2018, publicado en la página web de la entidad el objetivo es evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público en los equipos de trabajo.
			La entidad tiene estructurado los plan operativos los cuales son insumo del plan de desarrollo, la oficina de control interno realiza seguimiento de estos con el fin de identificar el grado de cumplimiento por parte de los procesos con 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
		Ambiente de Control	Talento humano es el corazón, alineado con los objetivos de la entidad a través del plan de desarrollo que además se compone del eje trazador de humanización de la atención en salud cuyo objetivo es fortalecer la gestión del talento humano enfocado en el trato digno y con vocación de servicio, de la cual trata esta dimensión, 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 ejecución se continúa trabajando en el plan estratégico de talento humano de acuerdo al nuevo modelo de MIPG
			La entidad adoptó su Plan estratégico de Desarrollo Institucional 2018-2020 mediante acuerdo 004 del 23 de febrero de 2017 la Junta Directiva del Hospital Universitario San José a través del acuerdo 006 del 05 de junio de 2014 adoptó el Plan de Desarrollo Institucional, publicados en la página web www.hospitalesanjose.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-FOG2. Versión 04. El cual se puede consultar a través de la página institucional www.hospitalesanjose.gov.co
			El Proceso de Gestión Administrativa (Compras) Para la vigencia 2019 continúa trabajando en recopilar la información y de esta forma consolidar el plan anual de Adquisiciones correspondiente al periodo enero a 31 de diciembre de 2019 el cual será 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.hospitalesanjose.gov.co
			Plan de gestión integral del riesgo – PGR, Mediante la resolución No. 1765 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
		Direccionamiento Estratégico y Planeación	El Hospital Universitario San José E.S.E. ajusto su mapa de proceso a través de la Resolución 0130 del 05 de Marzo de 2018, en donde se encuentran caracterizados 4 Macro procesos, 17 procesos y 75 Procedimientos, al igual que el organigrama de la entidad.
			La Entidad cuenta con 16 políticas institucionales se encuentran publicadas en el aplicativo Intranet de la institución, en dode de acuerdo a los autodiagnosticos de MIPG se realizan ajustes a las políticas.
			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 correo institucional, oficina asesora de planeación, La Oficina Asesora de Control Interno realizó el seguimiento al Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano del segundo 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) el Informe el cual fue publicado en la página www.hospitalesanjose.gov.co
	Evaluación del Riesgo	Evaluación del Riesgo	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.
	Actividades de Control	Mapas de riesgos	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.
	Comunicación y Participación ciudadana	Comunicación interna	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 auditorías en las áreas asistenciales y
			Mediante Resolución 0677 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 2018 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
			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
			Se sugiere continuar con la gestión del proyecto en donde cita que a través de proyección de imagen y videos en circuito cerrado de televisión se transmite 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
Información y Comunicación	Información y Comunicación	Información y Comunicación	Se emite el informe pomenorizado del primer cuatrimestre 2018 el cual fue publicado en la página web de la entidad y socializado mediante la página interna Intranet
			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.
			Con la página web busca posicionar información y posicionar ante la opinión pública la imagen corporativa la institución como empresa prestadora de salud

la página web en donde se colocó en funcionamiento el Link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias a través de la línea 018000 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 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

			Comunicación Externa	La oficina de control interno presento el seguimiento cuatrimestral de los planes de mejora establecidos con la Contraloría Municipal y Superintendencia Nacional de Salud, con el siguiente porcentaje de cumplimiento . Popayán: Se consolido en un solo plan de mejoramiento las acciones correctivas no cumplidas en un 100% de las auditorías de las vigencias 2015 a 2017. En el mes de mayo se suscribió plan de mejoramiento financiero de la vigencia 2017. Superintendencia Nacional de Salud: A la fecha no existe ningún plan de mejoramiento por cuanto fue una visita en el 2017. Durante el presente cuatrimestre evaluado, abril a julio de 2018, la Oficina de Control Interno ejecuto auditoria, y los seguimientos establecidos por la Ley para dicho periodo, sobre los cuales presento los informes correspondientes, entre otros los siguientes: Auditoria a Gestion de talento humano; auditoria de farmacia, auditoria a infecciones, auditoria a avances, arqueos de caja, Seguimiento a Planes de Mejoramiento; 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, 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
RECOMENDACIONES	Se resalta la gestión y avances en la implementación de MIPG en la Entidad, particularmente durante el presente periodo evaluado la ejecución juiciosa, de los ejercicios de autoevaluación, cuyos resultados reflejaron importante correlación con los obtenidos en el FURAG (Informe elaborado en el pasado mes de noviembre 2017). 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 A87 logros institucionales, es tema neurálgico en el desempeño organizacional. Los avances de 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 Lider de Planeación y Proyectos así como de los Jefes de Procesos con el fin de asegurar el adecuado desarrollo de sus roles y responsabilidades dentro del SCI y el MIPG			

Aprobo


EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA
 Jefe Asesor Oficina de Control Interno
 Hospital Universitario San Jose

Proyecto


YAMILY ELENA SALAZAR SANCHEZ
 Profesional Apoyo a CI
 Hospital Universitario San Jose

FECHA: Septiembre 30 de 2018