

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E				
INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (LEY 1474/2011)				
PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL		PERIODO	SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 2018	Código: 0
		Fecha: Noviembre 8/2018		
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, Dirección estratégica y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Gestión de la Información y la Comunicación, Gestión del Conocimiento y la Innovación y Control Interno, actualizado y aprobado mediante Decreto 1499 de 2017, y bajo el enfoque de los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno-MECI establecido en el MIPG, a saber: Ambiente de Control, Administración del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, Actividades de Monitoreo.				
El objetivo central de aportar a la permanente mejora de la Entidad en el alcance y cumplimiento de su misión, fortalecer la gestión, mejorar el desempeño de los servidores públicos, contribuir al cumplimiento de los compromisos del gobierno con el ciudadano y aumentar la confianza en la administración pública, es así				
DIMENSION	RESPONSABLES	AUTODIAGNOSTICOS	ANÁLISIS DE BRECHAS FRENTE A LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	AVANCE DE LA ENTIDAD
Talento Humano	Subgerencia Administrativa Jefe Talento Humano Salud ocupacional	Gestion Estratégica de Talento Humano	Planes institucionales.	Como lo estipula el Decreto 612 de 2018 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, se integraron los planes institucionales y estratégicos de la entidad a partir de los resultados del autodiagnóstico ejecutado en el marco de MIPG, la Dependencia elaboró :Plan Estratégico de Talento Humano, Plan de Previsión de Recursos Humanos,Plan Anual de Vacantes,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, se continua trabajando para integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web: 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, se continua trabajando en la elaboración del plan de acción a partir de los autodiagnósticos.
			Ejecución al cronograma de capacitaciones	Se dictaron capacitaciones en modalidad seminario en normatividad laboral, carrera administrativa, gestión del riesgo, en herramientas tecnologicas como dinamica gerencial, socialización divulgacion de MIPG, actualización sistema obligatorio de garantia de la calidad, comunicacion efectiva, programas institucionales de vigilancia durante este semestre se a ejecutado el 45% de acuerdo al cronograma de capacitaciones.
			Manual de funciones.	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 pagina www.hospitalsan jose.gov.co
			Validación 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, la Oficina de Talento Humano está en proceso de validación de la información.
			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 area asistencial con excepcion de los medicos especialistas, tiene un costo de \$40.607.031.869 millones este resultado se obtiene de tomar los costos de contratacion para los cargos que no se encuentran en la planta y llevarlos a un salario base que no indique aumento. Para los empleos que se encuentran en la planta se conserva el mismo salario lo que implica un aumento significativo del 300%, por lo tanto se deduce que para la viabilidad de la institucion se deben formalizar los cargos requeridos segun el estudio tecnico y que no se encuentra dentro de la planta del personal actual. En la planta de personal actual no figuran los cargos de del prceso integrado del servicio farmaceutico , instrumentacion, quirurgicas, tecnicos, tecnólogos de rayos x y camilleros, al crear esta planta temporal se fortalecera los procesos misionales de de las areas de servicio farmaceutico, central de esterilizacion, cirugia -modalidad instrumentacion, departamento de enfermerai con los cargos de camilleros y el servicio de imagenes diagnosticas con sus tecnicos y tecnólogos . Encargos durante el 1° semestre de 2018 segun Resolución Nro. 0279 del 1 de junio de 2018 se dispone un encargo y acto administrativo que se encuentra publicado por diez (10) días hábiles en la Intranet desde el 20 de septiembre de 2018.
			Presentación del Plan de bienestar e incentivos	El plan de bienestar fue adoptado mediante Resolución 0056 del 30 de Enero de 2018, que comprende el plan de bienestar social y plan de incentivos ,sin modificaciones a la fecha, se realiza encuestas para identificar las necesidades del sistema de estímulos en dodne se priorizan programas deportivos entre ellos estan baile deportivo, programas recreativos, en donde se realizo caminata ecologica; Programas vacacionales, programas artisticos y culturales publicado en la página WEB de la entidad www.hospitalsan jose.gov.co . En el plan de incentivos: Encargos, comisiones y traslados: mediante la resolución N°123 del 1 de marzo de 2018, se establecieron los lineamientos para la provisión de empleos de carrera administrativa mediante encargo o nombramiento en provisionalidad y mediante la resolución N° 244 del 10 de mayo de 2018 se resuelve iniciar el proceso para proveer empleos vacantes mediante figura del encargo. Los empleos a provser fueron: tres cargos de enfermería donde se encargaron a tres auxiliares área de la salud Gr.5, con una duración del encargo de seis meses, de igual manera dos vacantes de enfermero especialista Gr.1 donde se encargaron a dos enfermeras, los cuales cumplan con los requisitos y formación. Se promocionan los programas de vivienda ofrecidos por el Fondo Nacional del Ahorro, los Fondos de Cesantías, la Caja de Compensación Familiar COMFACAUCA u otras entidades que hagan sus planes mediante las modalidades institucionales y se facilitan opciones para que se haga difusión de los trámites y la información pertinente.
			Plan estratégico de talento humano	Se cuenta con un plan estrategico vigencia 2018, tiene como objeto desde la alineacion de los principios organizacionales en donde se define la mision y la vision, fortalecer en lo referido al ingreso, desarrollo y evaluacion del personal, al igual a las encaminadas al mejoramiento de las condiciones del ambiente de trabajo y el clima organizacional. Para la implementación de esta estrategia la entidad actualizo el plan de vacantes que permite la actualización de los empleos vacantes en la empresa, de igual manera se actualizo el plan de prevision de recursos humanos el cual permite realizar el analisis de necesidad del personal en las dependencias en relacion 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. 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.hospitalsan jose.gov.co

			Plan de seguridad y salud en el trabajo	Se cuenta con un plan de seguridad en el trabajo (COPASO) mediante Resolución 0199 de 2018, el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., el 20 de septiembre de 2018 llevó a cabo un simulacro de emergencias de incendio, que contó con la participación de 200 funcionarios asistenciales y administrativos. Este año se han adelantado dos simulacros y se viene trabajando para la planeación del próximo simulacro que permite tener un personal preparado y con capacidad de respuesta en una emergencia. los simulacros realizados en la vigencia se encuentran publicados en la página WEB de la entidad www.hospitalsanjose.gov.co. Encuentran estrategias para prevenir el estrés laboral y para tener un buen trato entre compañeros, los planes, manuales, procedimientos, protocolos actualizados en los relacionados 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 diferentes áreas en donde se cita al trabajador implicado, el jefe inmediato y un representante del COPASO, se toman medidas preventivas y correctivos necesarios para la mejora.
			Evaluación de desempeño parcial semestral	La oficina de Talento Humano mediante Resolución 033 de enero 20 de 2017, adoptó la metodología del Acuerdo 565 de 2016 dando cumplimiento a literal c del numeral 5 del Artículo 8 de la Comisión Nacional del Servicio Civil, en donde se presenta el consolidado obtenido en el proceso de evaluación del desempeño laboral 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 07/2018 de junio 28 de 2018 emitida por el área de talento humano se dan nuevas directrices en el proceso de la evaluación de desempeño en donde en uno de sus puntos, los empleados de libre nombramiento y remoción NO SERÁN OBJETO DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO.
			Plan de Inducción 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 permiten una mayor adherencia a los procesos institucionales; y de la modalidad virtual mediante la evaluación de los temas vistos, a través del aplicativo "Gestión del Talento Humano" intranet esto se hace cada vez que ingrese el funcionario a la entidad, cuentan con un cronograma anual de inducción general 2018. Hasta el momento 155 personas han presentado el proceso de inducción bajo la modalidad presencial. 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.
			Clima organizacional y 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. 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. 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	Código de integridad	Implementación del código de integridad institucional Mediante la Resolución N°310 de junio 18 de 2018, por la cual se adapta el código, de conformidad con el Decreto N° 1499 de 2018, en donde uno de los objetivos de MIPG es fortalecer el liderazgo de talento humano bajo los principios de integridad y legalidad de acuerdo al DAFP el hospital incluye los cinco valores ellos son: HONESTIDAD, RESPETO, COMPROMISO, DILIGENCIA, JUSTICIA, en donde el área de talento humano es quien lidera la formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y socialización de los planes de la integridad a través del intranet de la entidad y socialización de los coordinadores con el personal a cargo, se encuentra publicado en la página www.hospitalsanjose.gov.co
			POD,s por dependencia.	Para la evaluación de los planes operativos por dependencias se utilizaron los siguientes informes de seguimiento para verificar el cumplimiento de las actividades establecidas: Informe mapa de riesgos, Informe responsabilidad social, Informe plan anticorrupción, Informe seguridad del paciente, Informe seguimiento planes de mejora, Listado maestro (procedimientos, manuales y guías) informe archivo central, Informe PQRS, Informe PAMEC, Informe indicadores, Informe 5 s. Para el primer semestre del año 2018 se realizó seguimiento a 48 procesos, 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 26 son procesos administrativos y 22 asistenciales. En el mes de septiembre 2017 la Secretaría Departamental de Salud del Cauca decidió realizar una visita de verificación de los estándares de habilitación de los servicios inscritos y se realizó la suspensión del servicio de laboratorio de patología hasta que los hallazgos sean subsanados, razón por la cual se retira de la evaluación. Los 26 procesos administrativos 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 35,42% 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 (PGIR)	El informe de PGIR en el momento se encuentra a la espera de que la secretaria de salud envíe un formato nuevo teniendo presente la resolución 414, no puede finalizarse dicho plan ni la entrega de los respectivos avances.

Con el marco estratégico de la entidad por parte del equipo directivo, que permite trazar la hoja de ruta para la ejecución de las acciones a cargo de toda la entidad, y llevarla al logro de los objetivos, metas, programas y proyectos	Con una inversión superior a los 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 entre ellas están: La instalación de tres nuevos ascensores permite renovar totalmente los equipos que existían y que ya habían cumplido su vida útil, de la misma forma se trabaja en la optimización de la redes sanitarias de la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos. servicio de ginecobstetricia se finalizó la obra para cumplir con las condiciones de habilitación según resolución 2003 de 2014. de Rehabilitación se encuentra en intervención estructural para dar cumplimiento de resolución 2003 de 2014 y posterior certificación. 4- El servicio de Hemodialisis y Dialisis Peritoneal La apertura del servicio del grupo de Apoyo diagnostico y complementacion terapeutica se realizo en el mes de septiembre del presente año, donde se realizan procedimientos de Hemodialisis, Dialisis peritoneal automatizada y manual, plasmaferesis, hemoperfusion y terapias lentas continuas, el servicio cuenta con 4 maquinas Nikkiso con capacidad para dializar 8 pacientes diarios. En UCI y UCINT dos maquinas Nikkiso con capacidad para dializar 6 pacientes diarios, para un total de 14 pacientes diarios. Se cuenta con 3 maquinas Home Choice para atencion de 3 pacientes diarios en dialisis peritoneal automatizada, la maquina Prisma Flex es para terapias lentas continuas (hemofiltracion, scuff y hemodiafiltracion) y plasmaferesis y la capacidad es según necesidad. 5- El servicio de Central de Mezclas, se espera las Certificaciones de BPE y BPM (Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) y Manufactura (BPM), que consiste en el cumplimiento de una serie de normas de carácter técnico, las cuales aseguran la calidad de los procesos que incluyen medicamentos dentro de la institución, Para la certificación de este servicio era indispensable su adecuación cumplir con las condiciones estipuladas en la resolución 444 de 2008 y su anexo técnico, la visita la realizara el Invima los días del 22 – 25 del mes de octubre de 2018. 6- El día 25 octubre funcionarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, realizaron visita en la presente semana al Hospital Universitario San José de Popayán, con el propósito de verificar el cumplimiento de las buenas prácticas de elaboración de la central de mezclas de la institución, que es donde se preparan ajustan y adecuan medicamentos, preparaciones magistrales y nutriciones parenterales para garantizar la seguridad en la atención de nuestros pacientes, así como brindar el apoyo en este proceso a otras instituciones en el Cauca.
Indicadores, en procesos asistenciales y administrativos.	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, teniendo en cuenta que es un servicio que presta el hospital, pero no depende directamente de la coordinación de imágenes diagnósticas.
Formulación del Plan Anual de Adquisiciones PAA, para la vigencia 2019, el cual contiene las adquisiciones de bienes y servicios que requiera una entidad, con cargo a los presupuestos de funcionamiento y de inversión.	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 Para la vigencia 2019 el proceso de gestion administrativa continua trabajando en recopilar la informacion y de esta forma consolidar el plan anual de Adquisiciones correspondiente al periodo enero a 31 de diciembre de 2019

Direccionamiento Estratégico y Planeación	Planeación Calidad Talento Humano Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documental Gestión ambiental Presupuesto	Direccionamiento y Planeación		En el mes de Junio de 2018 se inicio la socialización de los mapas de riesgos y de direccionamiento estrategico 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 y un cumplimiento del 100% Mapas administrativos 36 con un cumplimiento del 97,3 % durante la presente vigencia, se logro a la fecha actualizar el 98,4% de los mapas de riesgo, siendo el unico 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 mapa de riesgos fueron creados: - Neonatos y banco de leche en el mapa de "Neonatos" - Traumatología, quirurgicas I y II en el mapa de "Internación General" - Ginecología y Sala partos en el mapa "Gineco – Salas" - Cirugia y Endoscopia - Unidad Mental -se creo el mapa de riesgos de unidad mental que quedo a cargo de la lider 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% (servagro, sistemas y calidad) y el proceso de lavanderia quien obtuvo una calificación del 71% para el primer seguimiento de riesgos. Por otra parte un proceso no entrego información de mapa de riesgos, la cual fue el área de Cartera, cabe resaltar que a dicho proceso se les solicito 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 entrego un cumplimiento del 79%. asistencial fueron programadas 217 actividades, de las cuales se cumplieron 214, logrando un cumplimiento del 98,6%. Con respecto a información totalizada de los 62 mapas de riesgos, se entregaron soportes de 60 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.
			Analisis y valoracion del riesgo en los procesos administrativos y asistenciales que impliquen el logro de su proposito fundamental y las metas estrategicas.	En la gestion y administracion del riesgo ,se puede observar lo siguiente: 66 riesgos en el año 2015 y para el año 2016 son 57, para 2017 se trabajan con 53 riesgos y en 2018 se realizaron 64 riesgos. Deacuerdo 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 genero 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 asitensiales en el programa de seguridad del paciente seguimiento y cumplimiento.	En cuanto al programa de seguridad del paciente se realiza resolución de adopción de paquetes instruccionales de seguridad del paciente y se procede a eliminar de la gestión documental los procedimientos relacionados con los lineamientos de la política. De acuerdo a las recomendaciones de la última visita de de la SSDC se realiza actualización del PAMEC incluyendo actividades más allá de los estándares de habilitación como fue la realización del primer encuentro regional de seguridad del paciente el cual estuvo dirigido a los niveles de atención primario y complementario para así lograr la articulación en el proceso de seguridad del paciente implementado en la institución En el segundo trimestre de la vigencia se reportan 283 eventos adversos, los más frecuentes hacen referencia a flebitis (145), Daño por filtración y/o salida de catéteres (36), Ulceras por Presión (30), Autoretiros (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 clinicos reportados en el aplicativo disponible en INTRANET, y de igual forma se realiza seguimiento a la gestión y cierre de los mismos.
			Atencion al Usuario -SIAU- Satisfaccion al usuario.	En la entidad 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. El Hospital universitario San José de Popayán, tiene una oficina de atención al usuario (SIAU), donde se garantiza el sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada, cuenta con una línea telefónica abierta con atención permanente de 24 horas la 018000415195. Se cuenta con 10 buzones para la recepción de las PQRS, se esta trabajando para la implementación de un buzón en cuidados intermedios y otro en medico quirúrgicas sala 1 y 2. La apertura de los buzones se realiza los martes y viernes y lo realiza la coordinadora del área, una auxiliar de enfermería, un representante de la asociación de usuarios y un representante de la personería municipal, se realiza conteo de los formatos encontrados en cada uno de los buzones, se clasifica, se realiza acta, limpieza y cierre del buzón. de acceso de la información con que cuenta la entidad para servicio de los usuarios son : -Oficina de atención al usuario: ubicada en la consulta externa del HUSJ, donde se brinda atención de lunes a viernes de 7ª.m a 6pm . -Línea telefónica: 8200972 y 8234508 extensión 202. -Correo institucional: siau@hospitalsan jose.gov.co. -Buzones de sugerencias ubicados en cada uno de los 3 pisos de la institución. -La pagina web de la institución cuenta con un link para el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción y para PQRS. En la encuesta de satisfacción del usuario beneficiario de la prestación de servicios :Se realizo encuesta de satisfacción realizando un muestreo con la encuesta de nerques, (Indicado por el anterior grupo de calidad) que da como resultado que se deber realizar 360 encuestas por mes, distribuidas en los diferentes servicios, en el trimestres se realiza 1080 encuestas sobre la satisfacción global de los usuarios que da como resultado DE 97.2%.

			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 611 y 612 de 2018 de la función pública hasta la fecha. Se realizaron reuniones con los jefes y líderes de proceso de la entidad donde se les socializó la información básica relacionada a la implementación del MIPG y su participación y responsabilidad en el mismo. Se adoptó el modelo integrado de planeación y gestión – MIPG por medio de la resolución N° 0158 del 22 de marzo de 2018. Mediante la resolución N° 0159 de 22 de marzo de 2018, se creó y adoptó el comité institucional de gestión y desempeño. En la realización de la primera reunión del comité de gestión y desempeño, 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 sube 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 estratégico institucional. El piloto de la estrategia fue de 3 meses y fue certificado por el área de comunicaciones para constancia del mismo. Se realizó un avance de la mano de la oficina de calidad frente a la elaboración de las políticas relacionadas con el MIPG, como son: Se elaboró la política de responsabilidad social del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. a la espera de las validaciones pertinentes para ajustar o proceder al proceso de adopción del documento. Se elaboró el programa de responsabilidad social, a la espera de ajustes para proceder con su versión final y adopción. Se continúa trabajando en la creación de las 15 políticas como lo establece MIPG y si se deben funcionar con las que cuenta hasta el momento el hospital.
			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 veeduría ciudadana en la cuales se manifiestan las no conformidades encontradas en la prestación del servicio de salud.
			Plan de mejora PAMEC.	El PAMEC es la manera particular en que la Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, en cumplimiento del PAMEC 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 68,8%, Mejoramiento 66,7. 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%. 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
			Indicador austeridad en el gasto público y eficiencia en los recursos	
Planeación Control Interno	Gestión Plan Anticorrupción.		Plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano.	La entidad cuenta con un plan anticorrupción mediante resolución 006 del 15 de febrero del 2018, por medio de la cual se ajusta el plan anticorrupción y de atención al ciudadano en donde su socialización y divulgación mediante mecanismos página web 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	Gestión Presupuestal		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
			Política de Participación Ciudadana.	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.hospitalsanjose.gov.co .
			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.hospitalsanjose.gov.co Información como: el 25 de octubre funcionarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, realizaron visita en la presente semana al Hospital Universitario San José de Popayán, con el propósito de verificar el cumplimiento de las buenas prácticas de elaboración de la central de mezclas de la institución, cumpliendo con cada uno de los requisitos establecidos en la normatividad vigente, el INVIMA otorga al Hospital Universitario San José de Popayán el concepto de CUMPLE, con las buenas prácticas de Elaboración y por lo tanto renueva el concepto técnico para su funcionamiento. participación de los niños que se encuentran hospitalizados en diferentes áreas del hospital se cumplió hoy la jornada "Padrino por un día". A la jornada se integraron los funcionarios y colaboradores del hospital, la SIJIN de la Policía Nacional, Representantes del Gobierno Municipal de Popayán y del Departamento del Cauca, Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca, el Ejército nacional, la Damas Verdes, entre otros funcionarios que entregaron en la jornada un regalo y disfraz para los niños. presentó la Orquesta Sinfónica de niños de Piendamó, se adelantaron actividades recreativas, se compartió un refrigerio y se entregaron disfraces y regalos. De esta forma se continúa trabajando desde el hospital por el bienestar de los niños que diariamente son hospitalizados y que son atendidos con la mayor calidad posible. "Juntos mejoramos tu salud" El 30 de octubre con la En la actividad se

Gestion con Valores para el Resultado	Archivo Estadística Gestión Documental Jurídica Gestión ambiental Presupuesto	Rendicion de Cuentas	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 pagina web www.hospitalsanjose.gov.co ademas de redes sociales, facebook, twitter, instagram, administradas por la Oficina Asesora de Comunicaciones 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	Ventanilla unica de correspondencia (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos)	Le entidad cuenta con un procedimiento de la ventanilla unica de correspondencia en donde se recibe ,recepiona y unifica la informacion interna y externa, toda informacion oficial se debe radicar por ventanilla, la correspondencia recibida es debidamente abierta y revisada para su clasificacion, escaneo y tramite, la correspondencia se archiva electrónicamente de acuerdo a la estructura de las tablas de retencion documental de la entidad, por cada comunicacion recibida se diligencian los datos requeridos por el software de gestion DOCUNET, el cual arroja el estiker con el numero de radicacion. Cada año automaticamente el software reiniciara la numeracion desde el digito uno. El horario y atencion al publico interno y externo es de lunes a viernes en el horario de oficina de 8:00 a 12:00 am y de 2:00 a 6:00 pm.																																																																										
			Politica de seguridad y privacidad de la información.	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.hospitalsanjose.gov.co uno de los más importantes. La disposición de los medios de comunicación para sus comunicaciones y espacios de información, va desde la intranet y página web institucional, donde cotidianamente se publican las novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional, hasta los encuentros mensuales de la Gerencia con toda la organización, pasando por boletines varios entre ellos el externo, mensajes a través del correo interno, comités, y disposiciones como reuniones internas de las áreas, particularmente para la socialización de los Comités de Dirección, se continua trabajando para la creacion y adopcion de la politica de seguridad de la informacion.																																																																										
		Gestion 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 area de juridica se cuenta con un libro radicador en el momento de prestamos de documentacion hacia otras oficinas de la entidad y se cuenta con un formato para el prestado de archivos.																																																																										
Evaluacion de Resultados	Calidad Planeación Sistemas-Control Interno	Seguimiento y evaluacion del Desempeño Institucional.	Indicadores validados que brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados	Existen avances importantes en este elemento, se estableció el tablero de indicadores el cual permite medir con mayor precisión la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión. La entidad debe reforzar la pertinencia, la aprehensión y fomentar la cultura en la interpretación y uso de los indicadores de gestión en el servidor público a todo nivel, puesto que se han observado deficiencias en el uso de esta herramienta para la toma de decisiones.																																																																										
			Se comunica interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación de los indicadores	Se esta trabajando para restalecer la ruta existente en el correo interno de la entidad en donde se tiene la opcion de publicar los indicadores para consulta de los servidores publicos de la entidad, realizar las campañas de uso de apropiacion de datos y herramientas .																																																																										
			Se cuentan con encuestas de satisfaccion 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 97%, indicándose que las evaluacion																																																																										
			Porcentajes autodiagnosticos y planes de accion.	A partir de las calificaciones dadas por el FURAG de los autodiagnosticos de la entidad se han logrado grandes avances en la implementacion por parte de los lideres de los procesos y desde esa base de resultados se han logrado establecer los planes de de Acción, por parte de las siguientes areas:																																																																										
			<table><thead><tr><th>Autodiagnóstico</th><th>Calificación</th><th>Avance</th><th>Plan de acción</th><th>Responsable</th></tr></thead><tbody><tr><td>Talento humano</td><td>66.6%,</td><td></td><td>Completo</td><td>Talento humano</td></tr><tr><td>Código de Integridad</td><td>66.8 %</td><td></td><td>Completo</td><td>Talento humano</td></tr><tr><td>Direccionamiento estratégico y planeación</td><td>92%</td><td>91.8%</td><td>Completo</td><td>Planeacion</td></tr><tr><td>Plan anticorrupción</td><td>97.8%</td><td>98%</td><td>Completo</td><td>Planeacion</td></tr><tr><td>Gestión presupuestal</td><td>95.9%</td><td></td><td>N/A</td><td>Contabilidad</td></tr><tr><td>Política de gobierno digital</td><td>45.5%</td><td>55.8%</td><td>Completo</td><td>Sistemas</td></tr><tr><td>Defensa jurídica</td><td>80.4%</td><td>91.9%,</td><td>Completo</td><td>Jurídica</td></tr><tr><td>Servicio al ciudadano</td><td>94.4%,</td><td>99.5%</td><td>Completo</td><td>SIAU</td></tr><tr><td>Participación ciudadana</td><td>43.2%,</td><td>49.3%</td><td>Completo</td><td>Comunicaciones</td></tr><tr><td>Gestión rendición de cuentas</td><td>84.1%,</td><td>88.9%</td><td>Completo</td><td>Planeacion</td></tr><tr><td>Evaluación de desempeño</td><td>73.4%,</td><td></td><td>Completo</td><td>Planeacion</td></tr><tr><td>Gestión documental</td><td>86.8%,</td><td>85.1%</td><td>Completo</td><td>Gestión Documental</td></tr><tr><td>Transparencia y acceso a la información</td><td>42.3%,</td><td>70.7%</td><td>Completo</td><td>Planeacion</td></tr><tr><td>Política de control interno</td><td>65.2%</td><td></td><td>Completo</td><td>Control Interno</td></tr></tbody></table>				Autodiagnóstico	Calificación	Avance	Plan de acción	Responsable	Talento humano	66.6%,		Completo	Talento humano	Código de Integridad	66.8 %		Completo	Talento humano	Direccionamiento estratégico y planeación	92%	91.8%	Completo	Planeacion	Plan anticorrupción	97.8%	98%	Completo	Planeacion	Gestión presupuestal	95.9%		N/A	Contabilidad	Política de gobierno digital	45.5%	55.8%	Completo	Sistemas	Defensa jurídica	80.4%	91.9%,	Completo	Jurídica	Servicio al ciudadano	94.4%,	99.5%	Completo	SIAU	Participación ciudadana	43.2%,	49.3%	Completo	Comunicaciones	Gestión rendición de cuentas	84.1%,	88.9%	Completo	Planeacion	Evaluación de desempeño	73.4%,		Completo	Planeacion	Gestión documental	86.8%,	85.1%	Completo	Gestión Documental	Transparencia y acceso a la información	42.3%,	70.7%	Completo	Planeacion	Política de control interno	65.2%
Autodiagnóstico	Calificación	Avance	Plan de acción	Responsable																																																																										
Talento humano	66.6%,		Completo	Talento humano																																																																										
Código de Integridad	66.8 %		Completo	Talento humano																																																																										
Direccionamiento estratégico y planeación	92%	91.8%	Completo	Planeacion																																																																										
Plan anticorrupción	97.8%	98%	Completo	Planeacion																																																																										
Gestión presupuestal	95.9%		N/A	Contabilidad																																																																										
Política de gobierno digital	45.5%	55.8%	Completo	Sistemas																																																																										
Defensa jurídica	80.4%	91.9%,	Completo	Jurídica																																																																										
Servicio al ciudadano	94.4%,	99.5%	Completo	SIAU																																																																										
Participación ciudadana	43.2%,	49.3%	Completo	Comunicaciones																																																																										
Gestión rendición de cuentas	84.1%,	88.9%	Completo	Planeacion																																																																										
Evaluación de desempeño	73.4%,		Completo	Planeacion																																																																										
Gestión documental	86.8%,	85.1%	Completo	Gestión Documental																																																																										
Transparencia y acceso a la información	42.3%,	70.7%	Completo	Planeacion																																																																										
Política de control interno	65.2%		Completo	Control Interno																																																																										
		Servicio al Ciudadano - SIAU	Indicadores de las PQRS del area de atencion al usuario	En el tercer trimestre se analiza que de las 683 PQRS, 495 son felicitaciones que equivale a un 72%, Quejas 153 que equivale a un 23% y 33 que equivale a un 5%. De las 153 quejas 150 tiene planes de acción. Se analiza que las respuestas de las quejas en un 98% son contestadas, y que esta cumpliendo el estándar establecido por la institución que es el 90%, se observa el compromiso de esta actividad que es de obligatorio cumplimiento. El procedimiento de trámites de sugerencias, quejas y felicitaciones, se realiza a travez del formnato GAT-AT-PD2, versión 4.																																																																										

Planeacion Calidad Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documental Jurídica	SIAU.	Que trámites por medios electrónicos permite la entidad realizar al ciudadano	La pagina web www.hospitalsanjose.gov.co de la institución cuenta con un link para el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción y la cual los ciudadanos encuentran una pestaña para efectuar sus PQRS.
		Gestion Documental	El hospital en su pagina institucional cuenta con el programa de gestion documental aprobado el 20 de abril de 2016 con una vigencia del 01 de mayo al 31 de diciembre de 2016 compuesto por las políticas con las que cuenta hasta el momento el proceso, el cual entrara en actualizacion desde el listado maestro y desde hay recopilar la información de las áreas de la entidad y de esta manera ajustar y actualizar las tablas documentales, siguiendo la última actualización que ha tenido la institución en el mapa de procesos y el organigrama, se continua trabajando para incorporar las series documentales electrónicas en las TRD. En la pagina institucional de la entidad se encuentra la política gestión documental, adoptada mediante resolución 0577 del 13 de agosto de 2014 y socializada en noviembre del 2014 al personal del hospital, la cual está compuesta por cinco lineamientos: Sensibilización al personal, capacitación y asesoría, organización y preservación, seguridad de la información, valoración documental Según resolución 0698 del 17 de octubre de 2012, por medio de la cual se establecen pautas para el manejo de las comunicaciones oficiales del hospital, en donde para la adecuada prestación del servicio por el hospital y de los procesos de gestion documental que deben asumir las dependencias es necesario adoptar la normatividad interna para establecer el procedimiento para la produccion, recepcion, radicacion, direccionamiento, registro, entrega, distribucion, seguimiento, conservacion, y consulta de documentos en general, el area de Gestión Documental precisó que esta herramienta se esta trabajando de acuerdo al modelo de MIPG.
	Gestion de Transparencia y acceso a la Informacion	En la pagina web oficial de la Entidad en la sección "Transparencia y Acceso a la Información Pública" se encuentra información, localización física, horarios y días de atención al público, del Hospital.	Se continua trabajando en la pagina institucional de la entidad www.hospitalsanjose.gov.co , en la cual se tiene la seccion "transparencia" en donde se encuentra informacion de la entidad su ubicacion, horarios de atencion, direccion, lineas telefonicas y una linea telefónica 24 horas la 018000415195, ademas de los servicios ofertados para la atencion de los usuarios.
		La entidad publica su gestión contractual con cargo a recursos públicos en el SECOP	Uno de los hallazgos reiterativos de los entes de control y de la oficina de control interno, es el no cumplimiento en el 2016 y 2017 de la publicacion de la contratacion a traves del sistema electrónico del SECOP, de tal manera que la entidad cumpla con las obligaciones de publicidad de los diferentes actos expedidos en los procesos contractuales y permite a los interesados en participar en los procesos de contratación, proponentes y consultar el estado de los mismos.
		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 socializacion a los funcionarios en conocer la ley de transparencia como lo pide el nuevo modelo de MIPG
	Gestion de talento humano		La entidad tiene estructurado los planes 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 Talento humano es el corazon, alineado con los objetivos de la entidad a travez del plan de desarrollo que ademas se compone del eje trazador de humanizacion de la atencion en salud cuyo objetivo es fortalecer la gestion del talento humano enfocado en el trato digno y con vocacion de servicio, de la cual trata esta dimension, se enmarca en el desarrollo del Proceso de Gestión del Talento Humano, el cual reporta para la vigencia 2018 la formulación de su "Plan Institucional de Capacitación, Bienestar e Incentivos, Seguridad en el Trabajo" y "Plan Estratégico del Talento Humano (PETH) vigencia 2018", cuya construcción parte del Diagnóstico de Necesidades para su ejecucion se continua trabajando en el plan estrategico de talento humano integrado de acuerdo al nuevo modelo de MIPG
			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 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

Información y
Comunicación.

Direccionamiento Estratégico y Planeación

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. para el año 2018 cuenta con 30 comités, los cuales se les realiza un seguimiento trimestral para verificar el cumplimiento de los comités, su estado (activo, inactivo, fusionado), asistencia, entrega de actas y cumplimiento de tareas durante la vigencia.

De acuerdo al Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, para el año 2018, se crea el comité de Gestión y Desempeño, el cual se verá reflejado en el segundo trimestre de 2018 e integrará algunos de los comités existente en la institución conforme lo recomienda la función pública.

Los comités existentes en la institución son los siguientes:

- | | |
|--|--|
| 1- Bienestares Sociales e incentivos | 2- Conciliación y Defensa Judicial |
| 3- Convivencia Laboral | 4- Reincorporación y Reubicación Laboral |
| 5- Coordinación de Control Interno | 6- Docente Asistencial |
| 7- Paritario de Salud Ocupacional - COPASS | 8- GAGAS |
| 9- Calidad | 10- Comité de Ética para la Investigación |
| 11- Historia clínica | 12- Transfusiones Sanguíneas |
| 14- Farmacia y Terapéutica | 13- Vigilancia Epidemiológica e Infecciones Intrahospitalarias |
| 15- Fármaco vigilancia | 16- Tecno vigilancia |
| 17- Seguridad del Paciente | 18- Técnico de Planeación |
| 19- Ética Hospitalaria | |
| 20- Emergencias | |
| 21- Financiero | |
| 22- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud | |
| 23- Mortalidad intrahospitalaria | |
| 24- Reactivo vigilancia | |
| 25- Tecnología | |
| 26- Mercadeo y Venta de Servicios | |
| 27- Comisión de Personal | |
| 28- Seguridad de la Información | |
| 29- Re-uso de dispositivos médicos. | |

(24) cumplen con el 80 % de funcionalidad administrativa, (5) cumplen con el 16,7% de funcionalidad misional, y (1) el comité de re-uso de dispositivo médicos cumple con el 3,3% (1) el cual se fusiono con el comité de tecnovigilancia. El Hospital cuenta con 23 (76,7%) comités creados en cumplimiento de las exigencias de orden legal y del sistema obligatorio de garantía de la calidad; un 23,3 %, que

El Proceso de Gestión Administrativa (Compras) Para la vigencia 2019 continua 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 podrá 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.

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 incluyó el proceso misional de "esterilización" en y el proceso de apoyo "vigilancia y control de contratos" se encuentran caracterizados 4 Macro procesos, 17 procesos y 75 Procedimientos. El organigrama de la entidad se ajusto en su estructura incluyendo el proceso de "referencia y contrareferencia" y el proceso de "servicio de ambulancia".

La Entidad cuenta con las siguientes políticas institucionales las cuales se encuentran en el direccionamiento estratégico de la entidad publicado en la página institucional www.hospitalsanjose.gov.co.

- Política gestión de talento humano
- Política de prestación de servicios.
- Política humanización.
- Política gestión de la tecnológica.
- Política gestión del riesgo.
- Política seguridad del paciente.
- Política responsabilidad social.
- Política formación y educación continuada.
- Política sistema de gestión de la seguridad en el trabajo
- Política Gestión ambiental.
- Política Investigación.
- Política gerencia de la Información.

La entidad se encuentra en continuo trabajo con base en los los autodiagnósticos de MIPG realizar ajustes y adopción de 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 correos institucionales, 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.hospitalsanjose.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. 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 febrero del 2018 dando cumplimiento, con corte al mes de septiembre de un 80% en las áreas asistenciales y administrativas, y en un 100% con el envío de los informes a los distintos entes de control.		
	Información y Comunicación	Comunicación y Participación ciudadana	De acuerdo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG la entidad se encuentra en proceso de avance para realizar ajustes a las diferentes políticas y planes con los que se encuentra documentado el Hospital como son, Mediante Resolución 0577 de 2014 la institución adopta la política de Gestión documental la cual se encuentra en proceso de ajustes, el plan PINAR, programa de gestión documental, la política de gestión documental, el proceso de ventanilla y aun se está trabajando para soportar la política de seguridad de la información y política antitrámites. La Institución tiene documentado el programa de gestión documental como una directriz donde se presenta los procedimientos que se deben llevar a cabo para la memoria institucional de los documentos en físico, electrónicos y digitales. Se continúa trabajando para incorporar las series documentales electrónicas en las tablas de retención documental.		
		Comunicación Interna	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 fin de educar y generar opción de promover a los funcionarios que prestan servicios humanizados Se emite el informe pormenorizado del segundo cuatrimestre 2018 el cual fue publicado el 30 de septiembre en la página web de la entidad y socializado mediante la página interna intranet En el Estándar de Historia Clínica y Registros Asistenciales los coordinadores de servicios y líderes de calidad realizan mensualmente la monitorización de Historia Clínica como parte del mejoramiento en el diligenciamiento adecuado de la historia. Además algunos avances: • Cuenta con un comité de Historia Clínica en el cual se abordan temas referentes a los cambios, adecuaciones y formatos institucionales que se deben diligenciar. • La historia clínica electrónica se encuentra dentro del sistema de información. • Se realizaron mejoras y ajustes al formato de interconsulta, para que sea más accesible a todos los usuarios y que permita que todo paciente tenga una especialidad tratante. Además de generar alertas más eficientes para el especialista La entidad cuenta con herramientas tecnológicas como el aplicativo DOCUNET, a través del cual se envía y recibe correos internos, correo institucional, aplicativo Dinámica Gerencia, a través del cual se maneja la Historia clínica digital y los demás procesos Asistenciales.		
			Comunicación Externa	En la entidad se encuentra documentado el procedimiento de comunicación institucional GIN-CM-PD6 el cual fue actualizado el 03 de marzo de 2018, establece el manejo de medios de comunicación, referente a la difusión de políticas, programas, proyectos y hechos noticiosos notables que generen impacto social. web busca posicionar información y posicionar ante la opinión pública la imagen corporativa la institución como empresa prestadora de salud. la página web www.hospitalsanjose.gov.co 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 www.hospitalsanjose.gov.co información relacionada con la planeación institucional, se evidencia la publicación de manera permanente de los informes y documentos relacionados con la planeación institucional por parte del proceso de comunicaciones y Sistemas de Información	
					La oficina de control interno presentó el seguimiento de los planes de mejora establecidos con la Contraloría Municipal y Superintendencia Nacional de Salud, con el siguiente porcentaje de cumplimiento: Se suscribió plan de mejoramiento con la contraloría municipal de Popayán el pasado 30 de octubre resultado de la auditoría regular de las vigencias 2016 y 2017. Contraloría Municipal de Popayán: Se consolidó 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 periodo evaluado, septiembre a octubre de 2018, la Oficina de Control Interno ejecuto auditoría, y los seguimientos establecidos por la Ley para dicho periodo, sobre los cuales presentó los informes correspondientes, entre otros los siguientes: Auditoría a Gestión de talento humano; auditoría de farmacia, auditoría a infecciones, auditoría 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.
		Estado General del Sistema de Control Interno dentro del marco del Modelo Integrado de Planeación y Control			

Con una gestión centrada en la prestación de servicios de salud con principios de calidad y humanización, así como en el cumplimiento de los requisitos estatales, la ESE Hospital Universitario San José, avanza en forma gradual en la implementación de los planes de acción formulados a partir de los autodiagnóstico y las recomendaciones reportadas por el DAFP respecto al informe del estado de SCI presentado por medio del FURAG-II, en forma general los cinco componentes del Sistema de Control Interno se continúan trabajando en forma sistémica, gracias a contar con servidores alineados a los objetivos de la Entidad y alertas a los cambios del entorno institucional, que permite identificar y gestionar los riesgos y sus posibles causas dentro de los parámetros de legitimidad e integridad; así mismo, bajo los principios de transparencia, Legalidad y responsabilidad se da cumplimiento a las publicaciones en la página web de la ESE referentes a los resultados de la gestión institucional y los reportes y envío de información a los entes de vigilancia y control.

RECOMENDACIONES

Se resalta la gestión y avances en la implementación de MIPG en la Entidad, particularmente durante el presente periodo evaluado, 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). Con el ajuste a los resultados se logró avanzar en la adopción de los planes de acción de cada proceso.

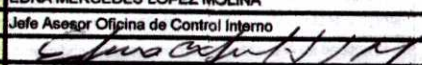
Se recomienda fortalecer la entrega de información en los tiempos determinados plasmada en las actas de reunión de comités, tratando de buscar nuevas alternativas que mejoren la efectividad.

Es importante para el segundo periodo de 2018 considerar fortalecer las capacitaciones a los líderes o jefes de proceso en MIPG y direccionamiento estratégico y así continuar con el apoyo a los líderes de los procesos en el diligenciamiento y aplicación de los planes de acción de los autodiagnósticos, así como determinar el personal a quien se le designaran las nuevas actividades que deben llevarse a cabo para ir en el camino correcto de implementación.

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

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

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

Proyecto:	YAMILY ELENA SALAZAR SANCHEZ	Aprobó:	EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA
Cargo:	Profesional Apoyo a CI	Cargo:	Jefe Asesor Oficina de Control Interno
Firma:		Firma:	
Fecha:	Noviembre 08 de 2018	Fecha:	Noviembre 08 de 2018