

107

Popayán, Marzo 8 de 2019.

Doctora:

DERLIN DELGADO RODRIGUEZ

Gerente

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

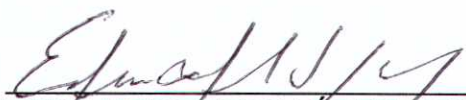
ASUNTO: Entrega Informe Pormenorizado del estado de Control Interno de
Noviembre de 2018 a Febrero de 2019.

Cordial saludo.

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

El Informe Pormenorizado del estado de Control Interno de la ESE, Hospital
Universitario San José, que se entrega corresponde al periodo, Noviembre de
2018 a febrero de 2019, describiendo las acciones realizadas durante el periodo
del informe que fortalecen o afectan el desarrollo y consolidación de cada
subsistema, realizado con cada una de las siete (7) dimensiones del nuevo
Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG-.

Atentamente,



EDNA MERCEDES LÓPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Se anexan 1. Informe pormenorizado de Nov de 2018 a Febrero de 2019.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E					
INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (LEY 1474/2011)					
PROCESO DE EVALUACION Y		PERIO	NOV 2018 A FEBRERO 2019	Código: 0	Fecha: Marzo 8/2019
PRESENTACION					
 NIT 891.580. 002-5	De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y a los lineamientos del DAFP se presenta informe del estado del Sistema Institucional de Control Interno en la E.S.E Hospital Universitario San Jose, evaluando las acciones implementadas en las 7 dimensiones definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Gestión de la Información y la Comunicación, Gestión del Conocimiento y la Innovación y Control Interno, actualizado y aprobado mediante Decreto 1499 de 2017, y bajo el enfoque de los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno-MECI establecida en el MIPG, a saber: Ambiente de Control, Administración del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, Actividades de Monitoreo. El objetivo central de aportar a la permanente mejora de la Entidad en el alcance y cumplimiento de su misión, fortalecer la gestión, mejorar el desempeño de los servidores públicos, contribuir al cumplimiento de los compromisos del gobierno con el ciudadano y aumentar la confianza en la administración pública, es así como se se entrega en el presente informe los resultados del seguimiento del 4to periodo (Noviembre de 2018 a Febrero de 2019) junto a sus recomendaciones y sugerencias.				
	DIMENSION	RESPONSABLES	AUTODIAGNOSTICOS	ANALISIS DE BRECHAS FRENTE A LOS LINEAMIENTOS DE LA POLITICA	AVANCE DE LA ENTIDAD
				Pianes 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
				Ejecucion al cronograma de capacitaciones	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 segun Resolucion 048 - 30-01-2018,Plan de Incentivos Institucionales,Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, se continua trabajando en la elaboracion del plan de accion a partir de los autodiagnosticos , y para la vigencia fiscal del 2019, fue aprobado en junta realizar planes de accion, supriendose los Planes Operativos por
				Manual de funciones.	Segun informe presentado por la oficina de Talento Humano, el plan de capacitacion fue adoptado mediante resolucion No. 048 del 30 de enero de 2018, el año 2018, para el cual esta diseñado en tres niveles de conocimiento, nivel basico (con temas de nivel general, donde 155 personas presentaron el proceso de induccion bajo la modalidad presencial), intermedio (identificados y priorizados por el Personal del Hospital, con 27 temas) y especifico (capacitaciones relacionadas con habilitacion y acreditacion, segun Res 2003 de 2014). Igualmente se presenta informe de ejecucion del sistema de estímulos que incluyen el plan de bienestar social y de incentivos 2018. Se anexa el informe entregado por Talento Humano.
				Validacion de las hojas de vida ante el SIGEP	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
					Según informacion entregada por la oficina de Talento, el 7 de marzo de 2019, el avance en la implementación del SIGEP en al vigencia 2018, se realizao, así: 1. Para el seguimiento se tomaron los servidores públicos vinculados al Hospital (151) al 28 de febrero de 2019. 2. Con relación a la actualización de las Hojas de Vida se llevó a cabo la consulta "Monitoreo avance Hoja de Vida", para determinar que 19 servidores públicos activos no han actualizado el formato de hoja de vida, se realizó el requerimiento al correo personal. 3. Hojas de vida de contratistas: Se solicitó la información a la Oficina Asesora Jurídica, quienes tienen asignado un usuario para este manejo. 4. Del "Monitoreo avance Hoja de Vida" con corte a 28 de febrero de 2019 se aprobaron 135 hojas de vida. 5. Queda pendiente por realizar la baja portal de 15 ex funcionarios.

Talento Humano	Subgerencia Administrativa Jefe Talento Humano Salud ocupacional	Gestión Estratégica de Talento Humano	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 fortalecerá los procesos misionales de 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 según Resolución Nro. 0279 del 1 de junio de 2018 se dispone un encargo y acto administrativo que se encuentra publicado por diez (10) días hábiles en la Intranet desde el 20 de septiembre de 2018. Por parte de la oficina de Talento Humano informa, por correo electrónico del 6 de marzo de 2019, que el documento ESTUDIO DE CREACIÓN DE EMPLEOS TEMPORALES se encuentra en proceso de actualización por parte del doctor Francisco Otoya, para ser socializado con el nivel directivo de nuestra entidad, por consiguiente la información a la fecha sigue siendo la misma.
			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 donde se priorizan programas deportivos entre ellos están baile deportivo, programas recreativos, en donde se realizó caminata ecológica; Programas vacacionales, programas artísticos y culturales publicado en la página WEB de la entidad www.hospitalsanjose.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 proveer fueron: tres cargos de enfermería donde se encargaron a tres auxiliares área de la salud Gr.5, con una duración del encargo de seis meses, de igual manera dos vacantes de enfermero especialista Gr.1 donde se encargaron a dos enfermeras, las cuales cumplieron con los requisitos y formación. Se promocionan los programas de vivienda ofrecidos por el Fondo Nacional del Ahorro, los Fondos de Cesantías, la Caja de Compensación Familiar COMFACAUCA u otras entidades que hagan sus veces, mediante las carteleras institucionales y se facilitan espacios para que se haga difusión de los trámites y la información pertinente.
			Plan estratégico de talento humano	Se cuenta con un plan estratégico vigencia 2018, tiene como objeto desde la alineación de los principios organizacionales en donde se define la misión y la visión, fortalecer en lo referido al ingreso, desarrollo y evaluación del personal, al igual a las encaminadas al mejoramiento de las condiciones del ambiente de trabajo y el clima organizacional. Para la implementación de esta estrategia la entidad actualizó el plan de vacantes que permite la actualización de los empleos vacantes en la empresa, de igual manera se actualizó el plan de previsión de recursos humanos el cual permite realizar el análisis de necesidad del personal en las dependencias en relación con la planta actual y donde para lograr el objetivo se creó el plan de capacitaciones con el fin de fortalecer los conocimientos y habilidades del talento humano de la entidad. 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.hospitalsanjose.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, se hicieron campañas encaminadas a interiorizar la importancia de los hábitos saludables, empezando por la dieta, y el ejercicio diario, que para ello cuentan con estudiantes pasantes de Universidades con convenio con el Hospital para realizar jornadas de pausa activa.

			Evaluacion 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 esta 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 SERAN OBJETO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO. La oficina de Control Interno, hizo entrega a la Gerencia con copia a Talento Humano de la evaluación por dependencias, para consolidar la información en un 100%, y la oficina de Talento Humano tiene plazo para la entrega de la evaluación de desempeño del periodo comprendido entre el 1 de febrero de 2018 al 31 de enero de 2019, hasta el 30 de abril para la entrega y socialización de la evaluación consolidada, a la fecha esta en proceso.
			Plan de Induccion y Reinducion	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 "Gestion del Talento Humano" intranet esto se hace cada vez que ingrese el funcionario a la entidad, cuentan con un cronograma anual de induccion general 2018. Hasta el momento 155 personas han presentado el proceso de Inducción bajo la modalidad presencial. El plan de reinducccion segun el art.64 de la Ley 190 de 1995 establece que las entidades publicas tendran ademas de la del proceso de induccion el de reinducccion este plan de reinducccion debe impartirse para todos los empleados se debe realizar como minimo cada dos años o cuando la institución enfrente cambios en sus procesos. Esta actividad fue realizada el 1 de noviembre del año 2017 y se realiza cada vez que ingresa un nuevo funcionario a la planta de personal del Hospital.
			Clima organizacional y ambiente fisico	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 direcciono 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 pediatra 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 organizacon las actividades a realizar para el periodo 2018, se encuentra programada para los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018.
Subgerenci a Adminstrati va Jefe Talento Humano	Integridad	Codigo de integridad	Implementación del código de integridad institucional Mediante la Resolución N°310 de junio 18 de 2018, por la cual se daopta el codigo, 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 dode el area de talento humano es quien lidera la formulacion, ejecucion seguimiento, evaluacion y socializacion de los planes de la integridad a traves del intranet de la entidad y socializacion de los ccordinadores con el perosonal a cargo, se encuentra publicado en la pagina www.hospitalsanjose.gov.co, por parte de la oficina de Control Interno, se recomendo a la oficina de Talento Humano, que para cada vigencia fiscal se haga una socializacion masiva delCodigo de Integridad, como se hace con elCodigo de Etica, realizado por la Dra Yolanda Botero, Coordinadora del area de Etica Medica.	
			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) minforme archivo central, Informe PQRS, Informe PAMEC, Informe indicadores, Informe 5 s. 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. Segun el informe del POD del año 2018, se realizó seguimiento a 47 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 con un avance del 97% y de los 21 asistenciales el avance fue del 98%, según el informe suministrado por la oficina de Planeacion y verificado por la oficina de Control Interno, hay que aclarar que en los POD asistenciales, a mediados del año 2018, se unificaron 3 que son Traumatologia, medico quirurgicas y medicas, en uno solo denominado INTERNACION
			Plan de Gestion Integral del Riesgo (PGIR)	La oficina de planeacion informa que el informe del PGIR en el momento no puede ser finalizado debido a que la entidad se encuentra a la espera de que la Secretaria de salud Departamental envíe un formato nuevo teniendo presente la Resolución 414, mientras dicha informacion no sea enviada por la Secretaria no se puede finalizar dicho plan ni la entrega de los reportes.

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: 1-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. 2- En el servicio de ginecobstetricia se finalizó la obra para cumplir con las condiciones de habilitación según resolución 2003 de 2014. 3- El servicio 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 Inst Nal de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, realizaron visita en la presente semana al Hospital, 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 de 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.	Para la vigencia del 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 Diagnosticas 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. Se solicitó a la Coordinación de Calidad, al área de indicadores, que nos envíen el informe de Indicadores generales, correspondientes a la vigencia del 2018.
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 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

Dirección Estratégica y	Planeación Calidad Talento Humano Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documentación Gestión	Dirección Planeación	Evaluación y ajustes de mapas de riesgo (proceso, acción, establecida, acción cumplida, porcentaje de cumplimiento) En el mes de Junio de 2018 se inicio 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 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, ya que inicio labores en el mes de septiembre de 2018, por lo cual este se realizara para la vigencia del 2019. Como novedades en la vigencia 2018, los siguientes mapa 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 – Salas" - Cirugía y Endoscopia - Unidad Mental -se creo el mapa de riesgos de unidad mental que quedo a cargo de la líder de sala partos y ginecología. 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 lavandería 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. A la fecha la oficina de Control Interno realizo la verificación y seguimiento en el cumplimiento de las actividades, teniendo en cuenta que se solicito en el mes de Febrero de 2019, a la oficina de Planeación la carpeta compartida, en donde se pudo establecer que no todas las evidencias se encontraban en esta carpeta, ya que algunas evidencias del mapa de riesgos tambien son evidencias de los POD, por lo que se solicito a la oficina de Planeación, realizara una carpeta en fisico, clasificando las evidencias del mapa de riesgos y de los POD, de manera independiente. Es por esto que la oficina de Control Interno esta realizando un nuevo informe de mapa de riesgos del 2018, con las evidencias en fisico, en el mes de marzo de 2019.
			Análisis y valoración del riesgo en los procesos administrativos y asistenciales que impidan el logro de su propósito fundamental y las metas estratégicas. En la gestión y administración 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. 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 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. Para el 2018 se analizo la información de los mapas de riesgo, que inicialmente se habían realizado 28 y al final del año se evaluaron solo 25, no se evaluaron los de nutrición, ginecología salas y comité de prevención y control de infecciones porque para el Comité de control y prevención de infecciones, el coordinador no tenía contrato, en Nutrición le fallo el computador y para el área de Gineco sala partos no tenía coordinador. Para el mes de marzo de 2019, la oficina de control interno esta realizando un nuevo informe con las evidencias físicas suministradas por la oficina de Planeación, teniendo en cuenta que no todas las evidencias estan en la carpeta compartida determinada entre las oficinas de planeación y control interno.

Planeación	Presupuesto	
		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 Para el 2018, se observa que de los 1731 reportes realizados 587 (34%), es por flebitis, en el 2do lugar, 152 (8.8%) que es autoretiro, 3er puesto, 151 (8.7%), por úlceras por presión, por esta razón en el año 2019, se trabajara en el programa 0 flebitis, que busca determinar los medicamentos que desde su ficha técnica indica la flebitis para que no hagan parte del reporte, se realizara la adquisición de nuevos dispositivos que impidan la manipulación de los sitios de inserción y se crearan tablas de dilución con tiempo, se realizara la difusión para la admon segura de los medicamentos, se realizo el proceso de evaluación de los lineamientos de la política de seguridad del paciente a través de rondas integrales de seguridad las cuales permitieron establecer el grado de cumplimiento a nivel institucional de las metas internacionales que dicta la organización mundial de la salud. se realizar la adquisición de nuevos dispositivos que impidan la manipulación de los sitios de inserción y tablas de dilución. En cuanto a la Seguridad del paciente: Cada organización tiene formulada, implementada y evaluada la política de seguridad de pacientes y garantiza su despliegue mediante los siguientes criterios: 1. Una estructura funcional para la seguridad del paciente. 2. La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. 3. Monitorización de eventos adversos. 4. Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior. 5. Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares. En cuanto a los Procesos institucionales seguros implementados en el Hospital para la acreditación, cuyos procesos institucionales deben contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, estos son: • Política inal Seg del Paciente. • Promoción cultura de seguridad. • Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo. • Reporte. • Análisis y Gestión. • Brindar capacitación a cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo. • Coordinar procedimientos y acciones reciprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador. • Estandarización de procedimientos de atención. • Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos. • La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente: utilización v/o dlo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio. Seguridad en El Hospital, tiene una oficina de atención al usuario (SIAU), donde se garantiza el sist de inf y atención a los usuarios a través de una atención personalizada, cuenta con una línea telefónica abierta con atención permanente de 24 horas la 018000415195. Se cuenta con 10 buzones para la recepción de las PQRS, se esta trabajando para la implementación de un buzón en cuidados intermedios y otro en medico quirúrgicas sala 1 y 2. La apertura de los buzones se realiza los martes y viernes y lo realiza la coordinadora del área, una auxiliar de enfermería, un repre de la liga de usuarios y un repres de la personería Mpal, se realiza conteo de los formato encontrados en cada uno de los buzones, se clasifica, se realiza acta, limpieza y cierre del buzón. Los Canales de acceso de la información con que cuenta la entidad para servicio de los usuarios son : -Oficina de atención al usuario: ubicada en la consulta externa del HUSJ, donde se brinda atención de lunes a viernes de 7 am a 6 pm. -Línea telefónica: 8200972 y 8234508 extensión 202. -Correo institucional: siau@hospitalsanjose.gov.co. -Buzones de sugerencias ubicados en cada uno de los 3 pisos de la institución. -La pagina web de la institución cuenta con un link para el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción y para PQRS. En el año 2108, según inf suministrada por la oficina del SIAU, y corroborada por la oficina de C.I, mediante informes trimestrales, en las PQRSF, se presentaron 589 quejas y equivalen al 18%. sugerencias 174 con un porcentaje del 5,3 % las cuales tambien son de gran importancia para tomar acciones correctivas lo cual nos permite mejorar. Los planes de mejora realizados a nivel de la institución fueron 563 que equivalen al 17,2 %. Las felicitaciones superan las quejas fue de 1.945 que equivalen al 59,5 evidenciando la satisfacción de nuestros usuarios frente a la atención recibida. Tasa Satisfacción Global fue del 97% cumpliendo con la meta propuesta y evidenciando que nuestros usuarios se encuentran satisfechos con la atención recibida. En 2018 el % de ejecución de planes de mejora fue del 97% y su tendencia mejoro comparado con el año y alcanzando estar por encima de la meta propuesta, el año anterior que fue del 70%. En el año 2018 el análisis de causa se evidencio el compromiso frente al proceso y a la realización de esta actividad de obligatorio cumplimiento. Acciones de mejora implementadas se realiza seguimiento para que se de respuesta oportuna y se envía recordatorio a los coordin de acuerdo al registro que se lleva, en este año mejoro y la oficina del SIAU realiza intervención personalizada a las quejas para dar respuesta al usuario en el termino establecido por la ley. Acciones de mejora implementadas: En el 2018 se realizo seguimiento para las respuesta oportuna a las quejas, por medio recordatorio a los coord de acuerdo al registro que se lleva, la oficina del SIAU realiza intervención personalizada a las quejas y así poder responderle al usuario en el termino establecido por la ley. En el 2018 la tasa de satisfacción global fue del 97% cumpliendo con la meta establecida, evidenciando el mejoramiento continuo y quedando dentro del rango SATISFACTORIO, comparado con el año anterior mejoro cabe resaltar que se realizaron 4.320 encuestas de satisfacción, se brindo educación, orientación y
		Eventos adversos asistenciales en el programa de seguridad del paciente seguimiento cumplimiento. Atención al Usuario - SIAU- Satisfacción al usuario.

			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 socializo la información básica relacionada a la implementación del MIPG y su participación y responsabilidad en el mismo. Se adoptó el modelo integrado de planeación y gestión – MIPG por medio de la resolución N° 0158 del 22 de marzo de 2018. Mediante la resolución N° 0159 de 22 de marzo de 2018, se creo y adopto el comité institucional de gestión y desempeño, y con resolución N° 0189 de abril de 2018, se creo y adopto el comité institucional de Control Interno. 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 anexa las circulares enviadas por la oficina de Planeacion, en donde se cita al personal para adelantar temas relacionados con la implementación del MIPG, con las correspondientes listas de asistencia. 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 elaboro 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 elaboro el programa de responsabilidad social, a la espera de ajustes para proceder con su versión final y adopción. Se continua trabajando en la la creacion de las 15 políticas como lo establece MIPG y si se deben fucionar con las que cuenta hasta el momento el hospital,
			Mejora en reuniones realizadas por el proceso de atención al	La Oficina de Sistema de Atención al usuario realizó nueve (9) reuniones durante el 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 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, en cumplimiento del PAMEC durante el 2018, se obtuvo un cumplimiento del 95% que cubre :Gerencia con un 91.3, Direccionamiento 100% , Asistencial 96.8% ,Gestión de Tecnología 89,5 %,Gerencia de información 85,2%, Gestión Ambiente físico 91,4% , Mejoramiento 100 y Talento Humano 96,7%. se continua avanzando para el fortalecimiento de la entidad.
			Indicador austeridad en el gasto público y eficiencia en los	Mensualmente el proceso de presupuesto elabora el indicador de seguimiento el cual es socializado en los comités financieros. A 31 de agosto de 2018 el Hospital se encuentra categorizado "con riesgo bajo, durante el 2018 se entregaron a la Gerencia los cuatro (4) informes de Austeridad del Gasto, con las observaciones de cada uno de los rubros en donde el incremento entre los trimestres de las vigencias de los años 2017 y 2018, se incrementan en un 10%.
	Planeacion Control Interno	Gestion Plan Anticorruptcion.	Plan anti-corruptción y de servicio al ciudadano.	La entidad cuenta con un plan anticorruptcion mediante resolucion 096 del 15 de febrero del 2018, por medio de la cual se ajusta el plan anticorruptcion y de atencion al ciudadano en dode su socializacion y divulgacion mediante mecanismos pagina web del hospital, correos institucionales, en donde la oficina asesora de planeacion, lo implementa y la oficina de control interno, realiza la verificacion en el cumplimiento de las actividades, se entregaron y publicaron los tres (3) informes correspondientes al año 2018.
			Acciones para mitigar los riesgos del mapa del plan anticorruptcion	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, se solicito a la oficina de Planeacion que se realizara un ajuste al plan anticorruptcion y atencion al ciudadano para el 2019, teniendo en cuenta el nuevo modelo integrado de planeacion y gestion -MIPG-
		Gestion Presupuestal	El jefe de presupuesto o quien haga sus veces, es quien expide el Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP a través del Sistema	El certificado de disponibilidad es expedido por el jefe de presupuesto o quien haga sus veces, CDP que es expedido en la plataforma DGH - Módulo de Presupuesto, se recomienda por parte de la oficina de Control Interno, que los CDP, tengan una vigencia de maximo 3 meses, sino se liberan los recursos para darle continuidad y agilidad a la ejecucion del presupuesto.
			Política de Participación Ciudadana.	La política de participacion ciudadana se esta trabajando para su implementacion de acuerdo a los lineamientos de MIPG, en la entidad a traves del area 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 pagina institucional www.hospitalsanjose.gov.co .

Gestión con Valores para el Resultado	Planeación Calidad Talento Humano Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas de Archivo Estadística Gestión Documental Jurídica Gestión ambiental Presupuesto	Participación Ciudadana	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 pagina 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. El 30 de octubre con la 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. En la actividad se 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", igualmente en navidad, se hizo la novena navideña, en donde se integro a todos los servicios tanto asistenciales como
		Rendición 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 paguina 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 electronicamente 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. A principios de año el Proceso de Gestion Documental envia el cronograma para la entrega de las transferencias documentales. Dentro del Plan General de Auditorias, aprobado por el comite Institucional de Control Interno, se establecio realizar la auditoria de este proceso el cual se inicio en el mes de octubre de 2018 y se termino con la suscripcion del respectivo plan de mejoramiento individual.
			Política 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 política de seguridad de la informacion.
		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 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.

Evaluación de Resultados	Calidad Planeación Sistemas-Control Interno	Seguimiento y evaluación del Desempeño o Institucional.	Indicadores validados que brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados generados	Existen avances importantes en este elemento, se estableció el tablero de indicadores el cual permite medir con mayor precisión la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión. La entidad debe reforzar la pertinencia, la aprehensión y fomentar la cultura en la interpretación y uso de los indicadores de gestión en el servidor público a todo nivel, puesto que se han observado deficiencias en el uso de esta herramienta para la toma de decisiones. La Coordinación de Calidad, informa que informar que se esta trabajando en la construcción del tablero del total de indicadores del Hospital, informacion enviada via correo electronico el 7 de marzo de 2019.																																																																												
			Se comunica interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación de los indicadores	Se esta trabajando para restablecer 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 año 2018 un resultado del 97%, indicándose que las evaluaciones establecidas fueron de sobre la atención brindada y la adherencia a los deberes y derechos.																																																																												
			Porcentajes autodiagnosticos y planes de accion.	<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	Desde el 12 de febrero y hasta el 15 de marzo, el DAFP, apertura el aplicativo para el diligenciamiento de la encuesta del FURAG II, la cual se esta diligenciando																																																																														
	Que trámites por medios electrónicos	En el año 2108, según informacion suministrada por la oficina del SIAU, y corroborada por la oficina de control interno, mediante informes trimestrales, en las PQRSF, se presentaron 589 quejas y equivalen al 18%. sugerencias 174 con un porcentaje del 5,3 % las cuales tambien son de gran importancia para tomar acciones correctivas lo cual nos permite mejorar. Los planes de mejora realizados a nivel de la institucion fueron 563 que equivalen al 17,2 %. Las felicitaciones que superan las quejas fue de 1.945 que equivalen al 59,5 evidenciando la satisfaccion de nuestros usuarios frente a la atencion recibida. Tasa de Satisfaccion Global fue del 97% cumpliendo con la meta propuesta y evidenciando que nuestros usuarios se encuentran satisfechos con la atencion recibida. El procedimiento de trámites de sugerencias, quejas y felicitaciones, se realiza a traves del formnato GAT-AT-PD2, versión 4.																																																																														
			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.																																																																													

Planeación Calidad Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Estadística Gestión Documental Jurídica	Gestión Documental	Programa de Gestión Documental de la entidad	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 actualización desde el listado maestro y desde ahí recopilar la información de las áreas de la entidad y de esta manera ajustar y actualizar las tablas documentales, siguiendo la última actualización que ha tenido la institución. en el mapa de procesos y el organigrama, se continua trabajando para incorporar las series documentales electrónicas en las TRD. En la pagina institucional de la entidad se encuentra la política gestión documental, adoptada mediante resolución 0577 del 13 de agosto de 2014 y socializada en noviembre del 2014 al personal del hospital, la cual está compuesta por cinco lineamientos: Sensibilización al personal, capacitación y asesoría, organización y preservación, seguridad de la información, valoración documental. Según resolución 0698 del 17 de octubre de 2012, por medio de la cual se establecen pautas para el manejo de las comunicaciones oficiales del hospital, en donde para la adecuada prestación del servicio por el hospital y de los procesos de gestion documental que deben asumir las dependencias es necesario adoptar la normatividad interna para establecer el procedimiento para la producción, recepción, radicación, direccionamiento, registro, entrega, distribución, seguimiento, conservación, y consulta de documentos en general, el área de Gestión Documental precisó que esta herramienta se esta trabajando de acuerdo al modelo de MIPG. Dentro del Plan General de Auditorías del 2018, la oficina de Control Interno realizo entre octubre y diciembre de 2018, la auditoria al Proceso de Gestion Documental en donde se establecieron 7 acciones correctivas dentro del plan de
	Gestión de Transparencia y acceso a la Información	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 sección "transparencia" en donde se encuentra información de la entidad su ubicación, horarios de atención, dirección, líneas telefónicas y una línea telefónica 24 horas la 018000415195, además de los servicios ofertados para la atención de los usuarios, los correos institucionales se crearon desde el año 2016, y en noviembre de 2018, migraron al nuevo servidor, donde la instrucción es que todos los servicios utilicen estos correos con la extensión @hospitalsanjose.gov.co., además de la utilización del aplicativo DOCUNET para la información interna.
		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 publicación de la contratación a través del sistema electrónico del SECOP II, de tal manera que la entidad cumpla con las obligaciones de publicidad de los diferentes actos expedidos en los procesos contractuales y permite a los interesados en participar en los procesos de contratación, proponentes y consultar el estado de los mismos, se hizo la verificación en la oficina jurídica, en donde se puede establecer que a partir del 1 de enero de 2019, se están publicando todos los documentos en la plataforma del SECOP II.
		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, y se solicitó a la oficina de Talento Humano, priorizar esta capacitación a nivel general para la vigencia del 2019.
		Gestión de talento humano	La entidad tiene estructurado los planes operativos los cuales son insumo del plan de desarrollo, la oficina de control interno realizo 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 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 continua trabajando en el plan estrategico de talento humano integrado de acuerdo al nuevo modelo de MIPG

Direccionamiento Estratégico

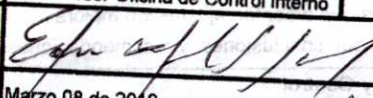
La entidad adoptó su Plan estratégico de Desarrollo Institucional 2016-2020 mediante acuerdo 004 del 23 de febrero de 2017 la Junta Directiva del Hospital Universitario San José a través del acuerdo 009 del 05 de junio de 2014 adoptó el Plan de Desarrollo Institucional, publicados en la página web www.hospitalsanjose.gov.co			
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			
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 integrara 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 reu-so de dispositivos medicos 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 equivale a 7 comités, se encuentran sin soporte normativo de ley			
El Proceso de Gestión Administrativa (Compras) Para la vigencia 2019 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 el cual sera publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP, según lo dispuesto en el Artículo 06 decreto 1510/2013 el cual se podra consultar a través de la página Institucional 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 donse se incluyo el proceso misional de "esterilizacion" en y el proceso de apoyo " vigilancia y control de contratos" se encuentran caracterizados 4 Macro procesos, 17 procesos y 75 Procedimientos. El organigrama se ajusto en su estructura incluyendo el proceso de "referencia y contrareferencia" y el proceso de "servicio de ambulancia".			
La Entidad cuenta con las siguientes políticas institucionales las cuales se encuentran en el direccionamiento estrategico de la entidad publicado en la pagina 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.			

Talento Humano Planeación Comunicaciones Sistemas Jurídica			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 pagina 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, cuyo cumplimiento en el 2018 fue de 100% en las áreas asistenciales, con un 98% en el área administrativas, y en un 95% con el envío de los informes a los distintos entes de control, faltando solamente la adopción de la plataforma SUIT, por lo cual en el 2018, la oficina de planeación inscribió al Hospital ante el DAFP, y solicitó la capacitación en este tema, el cual a la fecha no se ha dado respuesta.
		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 esta <u>trabajando para soptar la política de seguridad de la informacion y polittica antitramites.</u> 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 continua trabajando para incorporar las series documentales electronicas en las tablas de retencion 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 trasmite al cliente interno y externo la funcionalidad misión, visión, valores corporativos, deberes de los usuarios, alcances, logros, campañas con el de educar y generar opción de promover a los funcionarios que prestan servicios humanizados que es una actividad de habilitación y acreditación. La oficina entrego a la Gerencia los distintos informes establecidos por Ley, y se publicaron en la pagina web del Hospital, con relacion al informe pormenorizado, en el 2018, se entrego el ultimo informe el 30 de septiembre en la pagina web de la entidad, y así se cuadraron las fechas segun el cronograma del DAFP.
			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 <u>eficientes para el especialista</u>
			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,
Información y Comunicación			En la entidad se encuentra documentado el procedimiento de comunicación institucional GIN-CM-PD6 el cual fue actualizado el 03 de marzo de 2018, establece el manejo de medios de comunicación, referente a la difusión de políticas, programas, proyectos, y hechos noticiosos notables que generen impacto social. Con la <u>pag web busca posicionar infor y posicionar ante la opinión publica la imagen corporativa como empresa prestadora de salud.</u> 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 presento 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 Mpal de Popayán el pasado 30 de oct resultado de la auditoría regular de las vigencias 2016 y 2017. también 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, por lo cual se solicitó en el mes de febrero de 2019, ampliación del plazo para el cumplimiento de las acciones correctivas, que estaban con fecha 31 de diciembre de 2019, debido al cambio de personal en los primeros días del año de 2019. En el mes de mayo se suscribió plan de mejoramiento financiero de la vigencia 2017. Con la Superintendencia Nal de Salud, a la fecha no existe ningún plan de mejoramiento, ya que se cerraron enviando las últimas evidencias en el mes de marzo de 2018, se envió plan de mejoramiento en el mes de octubre de 2018, solicitada por la Superintendencia, según visita en Mayo del 2017, sin que hasta la fecha hayamos sido notificados de la aceptación, solo se recibió visita de la Fiscalía Nacional, los días 4 al 8 de marzo de 2019, <u>desde Bogotá, para recaudar evidencias de la visita de la Superintendencia de Salud en el mes de Mayo de 2017.</u> Durante la vigencia fiscal del 2018, la Oficina de Control Interno ejecutó auditoría, cumplió en un 98% con el Plan General de Auditorías y los seguimientos establecidos por la Ley para dicho periodo, sobre los cuales presentó los informes correspondientes, entre otros los siguientes: Auditoría a Gestión de talento humano; auditoría de farmacia, auditoría a Comité de infecciones, auditoría a avances, arcos de caja, Seguimiento a Planes de Mejoramiento con los entes de control; Seguimiento a la Estrategia Anticorrupción y de Servicio al Ciudadano; Informe de Derechos de Autor; Informe de Austeridad en el Gasto; Informe de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos; Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado de Control Interno, sin contar con el personal solicitado por la Jefe de la Oficina de Control Interno al inicio de su periodo, teniendo en cuenta la importancia de la misma, ya que con el anterior Jefe de la oficina de Control Interno, contaba con el apoyo de 3 personas para las auditorías administrativas y presentación de informes de Ley, y en el último trimestre del 2017, se le concedió una auditora para el área asistencial, que representa el 90% en la prestación del servicio del Hospital, ya para el 2018, la Gerencia dispuso de dos (2) personas una médica de planta y una enfermera Jefe por contrato, para el apoyo en las auditorías asistenciales y evaluación de los informes de Ley, y para el apoyo administrativo solo una (1) persona entre los meses de enero a diciembre de 2018, de manera intermitente, solo por 9 meses aproximadamente, y con un apoyo administrativo para el último trimestre de 2018, a la fecha 8 de marzo de 2019, solo se tiene a la disposición la Jefe de enfermería, desde el mes de enero y a partir del 13 de febrero el apoyo administrativo, faltando el personal para las auditorías administrativas y asistenciales, teniendo en cuenta la importancia de los seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno, y los correspondientes reportes de resultados, radica en las observaciones, sugerencias y recomendaciones que los mismos presentan en distintos aspectos, las cuales cubren tanto la confirmación de los avances y logros en metas y compromisos conforme a lo programado, al igual que identificación de pendientes, temas con atrasos y situaciones que ameritan ajustes y/o mejoras. Los mencionados resultados con sus correspondientes notas de hallazgos y observaciones, al igual que conclusiones, y recomendaciones, se pueden observar en
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 autodiagnósticos y las recomendaciones reportadas por el DAFP respecto al informe del estado de SCI presentado por medio del FURAG-I, en el mes de mayo de 2018, cuya encuesta se realizó entre los meses de octubre y noviembre de 2017, a la fecha se está realizando la encuesta del FURAG II, por parte de las oficinas de Planeación y de Control Interno. En 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 I (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 de entrega de información en los tiempos determinados plasmada en las actas de reunión de comités, tratando de buscar nuevas alternativas que mejoren la efectividad. Es importante para el segundo periodo de 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. Continuar fortaleciendo las competencias de la Lideres como el direccionamiento estratégico y planeación así mismo a los coordinadores de Procesos con el fin de asegurar el adecuado desarrollo de sus roles y responsabilidades dentro del SCI y el MIPG. Para la vigencia del 2019, la oficina de Control Interno se enfocara en dar las capacitaciones respectivas para la implementación de las tres líneas de defensa, sobre todo en los procesos o areas a quienes se les hace los arqueos, avances o inventarios, para dar aplicacion a los tres (3) principios del MECI y del MIPG, como son AUTOREGULACION, AUTOGESTION Y AUTOCONTROL.

Proyecto:	EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA	Aprobó:	
Cargo:	Jefe Asesor Oficina de Control Interno	Cargo:	
Firma:		Firma:	
Fecha:	Marzo 08 de 2019	Fecha:	