

28. Pormenorizado

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN "Juntos mejoramos tu salud" NIT 891.580.002-5	GESTION DE CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 03
		Página 1 de 1

107

Popayán, 8 de noviembre de 2019

Doctora:

DERLIN DELGADO RODRIGUEZ

Gerente

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

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.**
GERENCIA
FECHA 08/11/19 HORA 5:48m
FIRMA 

ASUNTO: Entrega Informe Pormenorizado del estado de Control Interno de julio a octubre de 2019.

Cordial saludo.

Anexo envió el informe del asunto, para su revisión y autorización de publicación, con las correspondientes evidencias entregadas por los responsables de la información.

Por lo anterior, solicito que autorice a las áreas de Comunicaciones y Sistemas, la subida de la información, con plazo no mayor al 18 de noviembre de 2019, fecha en la que se cumple por ley la publicación del informe del asunto.

Atentamente,

Aprobado para publicación:



EDNA MERCEDES LÓPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

DERLIN DELGADO RODRIGUEZ
Gerente

Se anexan 1. Informe pormenorizado de Julio a octubre de 2019.

107

Popayán, Noviembre 8 de 2019.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E
INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (LEY 1474/2011)

PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL	PERIODO	JULIO A OCTUBRE DE 2019	Código: 0	Fecha: Noviembre 8/2019
--	----------------	--------------------------------	------------------	--------------------------------

PRESENTACION

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y a los lineamientos del DAFP se presenta informe del estado del Sistema Institucional de Control Interno en la E.S.E Hospital Universitario San Jose, evaluando las acciones implementadas en las 7 dimensiones definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG) Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Gestión de la Información y la Comunicación, Gestión del Conocimiento y la Innovación y Control Interno, actualizado y aprobado mediante Decreto 1499 de 2017, y bajo el enfoque de los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno-MECI establecida en el MIPG, a saber: Ambiente de Control, Administración del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, Actividades de Monitoreo.

El objetivo central de aportar a la permanente mejora de la Entidad en el alcance y cumplimiento de su misión, fortalecer la gestión, mejorar el desempeño de los servidores públicos, contribuir al cumplimiento de los compromisos del gobierno con el ciudadano y aumentar la confianza en la administración pública, es así como se se entrega en el presente informe los resultados del seguimiento del periodo Julio a octubre de 2019, junto a sus recomendaciones y sugerencias, y teniendo como base los resultados del FURAG II, entregados por el DAFP, en el mes de abril de 2019, y contando como base el informe entregado por la oficina asesora de planeación, sobre el avance del MIPG, y el análisis de los resultados de la encuesta FURAG II, en donde se puede establecer el comparativo en porcentaje de cumplimiento de actividades de MIPG, de la línea base del 2018, con un porcentaje de 48,8%, con el del mes de abril de 2019, con avance del 64,6%, por lo cual se suscribieron planes de acción con los responsables de los procesos de cada una de las 7 dimensiones, con las que se comprometen a realizar en lo que resta de la vigencia del 2019.

NIT
891.580.00
2-5

DIMENSION	RESPONSABLES	AUTODIAGNOSTICOS	ANALISIS DE BRECHAS FRENTE A LOS LINEAMIENTOS DE LA POLITICA	AVANCE DE LA ENTIDAD
			Planes Institucionales.	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION: Adoptado con Resol. 048 del 30 de enero de 2019, por 3 niveles de conocimiento, a saber: <u>Nivel Basico:</u> (Temas relacionados en el proceso de inducción general, se establecieron 2 modalidades presencial y virtual. Entre los meses de julio a octubre de 2019 se capacitaron a 52 personas), <u>Nivel Intermedio</u> (Se identificaron las necesidades de Capacitación, aplicando una metodología participativa, en donde se priorizaron los temas a saber: MIPG, Evaluación de desempeño laboral-MIAS, Gobernanza para la Paz-Clima Organizacional-Creación de valor público-Contratación estatal y Sistema de Habilitación-Acreditación, <u>Nivel Especifico:</u> Necesidades institucionales de capacitación en clima organizacional, IX Congreso Nal Derecho Activo, Taller de manejo de recursos financieros, seminario actualización claves para el manejo de empleos públicos, referenciación Hospital San Rafael y MAIAS, para un total de 259 capacitados). SISTEMA DE ESTIMULOS QUE INCLUYE EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS: Adoptado mediante Res. 043 del 25 de enero de 2019, se aplicó la encuesta para identificar las necesidades del sistema de estímulos donde se priorizaron las siguientes necesidades: Programas deportivos (baile deportivo), programas recreativos (día recreativo en un club o centro recreacional, el cual se realizó el 17 y 24 de mayo de 2019, con una participación de 107 personas vinculadas a la planta del hospital y 25 afiliados participantes de ASPROIN), Programas vacacionales (Santa Marta: actividad dirigida a 107 personas de planta, contratada con viajes, vuelos y vacaciones, con 4 fechas específicas), programas artísticos y culturales (asistencia a obras de teatro), Programas de Capacitación en artes y artesanías (clases de cocina realizadas en las instalaciones de Confacauca con 44 participantes realizadas del 6 al 11 sept 2019), Actividades de intervención del clima organizacional (actividad realizada los días 10 y 11 de julio de 2019, con la participación de 151 empleados de planta y 102 afiliados participantes, para lo que se invitó al Coach Mauricio Ibarra), Actividades de Intervención de la cultura organizacional: actividades lúdicas de promoción del sentido de pertenencia institucional, y Programas de jubilación (Desarrollo de habilidades microempresariales, se realizó el 24 de oct en confacauca con 40 personas, dando reconocimientos). PLAN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: En el 1er semestre se programaron 25 actividades cumplidas en un 100%, evidencia entregada a la oficina de Control Interno. Según Decreto 612 de 2018 del MIPG, y el Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, se integraron los planes institucionales y estratégicos de la entidad a partir de los resultados del autodiagnóstico ejecutado en el marco de MIPG, que incluyen 15 planes integrados, de los cuales el Hospital tiene 14 elaborados, formalizados, implementados y en ejecución. La ejecución del plan de seguridad y salud en el trabajo tiene un capítulo aparte en este informe, que más adelante se informa.
			Ejecución al cronograma de capacitaciones	Mediante oficio de 10 de enero de 2019, la oficina de Talento, solicita a todos los procesos, la demanda de capacitación para el 2019, y así conformar el Plan de capacitación, el cual fue adoptado mediante resolución No. 042 del 25 de enero de 2019, para el cual está basado en 3 ejes temáticos como son: Gobernanza para la Paz, Gestión del Conocimiento y Creación de valor público, Otras capacitaciones que se realizan son las realizadas por parte de la oficina Jurídica, área de Contratación, en cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal en el mes de noviembre de 2018, según auditoría a la contratación del 2016 y 2017, la cual se viene cumpliendo de manera satisfactoria. Igualmente en la página web del Hospital, se encuentran 4 capacitaciones virtuales, con los diferentes módulos, como son capacitación virtual de enfermería, de sistemas, de seguridad del paciente y de humanización.

Subgerencia
Administrativa
a
Jefe Talento
Humano
Salud
ocupacional

Gestion
Estrategica
de Talento
Humano

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 cual fue ajustado mediante Acuerdo 06 del 2 de Mayo de 2019, por la Junta Directiva del Hospital Universitario San José ESE, dando cumplimiento al Decreto 815 del 8 de mayo de 2018, "por el cual se modifica el decreto 1083 del 2015, Unico reglamentario del sector de funcion publica, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleados publicos, de los distintos niveles Jerarquicos", y a la Resolucion 0667 del 3 de agosto del 2018, "Por medio del cual se adopta el catalogo de competencias funcionales para las areas o procesos transversales de las entidades publicas". En sesion del 2 de mayo de 2019, la Junta Directiva acuerda ajustar el manual de funciones y competencias laborales para los diferentes empleos que conforman la planta global del hospital en lo referente a las competencias comportamentales para las areas y procesos transversales de la entidad quedando determinadas en los manuales de funciones de cada empleo distribuidas en competencias comunes, por nivel jerarquico, y especificas por nivel jerarquico. La oficina de Control Interno, envia un oficio a Talento Humano el 22 de mayo de 2019, realizando unas recomendaciones que debieron realizar para el ajuste al manual, como son las de haberlas hecho con cada uno de los funcionarios que ostentan cada uno de los cargos, la socializacion de los mismos a nivel general, y la posibilidad de que se aplicara el mecanismo de la homologación de estudios por experiencia, más aun cuando precisamente la responsabilidad en el desarrollo de las funciones es cada vez más exigente ante los entes de control, y las consecuencias se asumen con acciones de repetición, el personal que desarrolle sus funciones en el Hospital Universitario San José, debe ser de altas calidades. El manual con los ajustes, se encuentra publicado en vulcano, area Talento Humano, Manuales 2019, en la pagina www.hospitalsanjose.gov.co
Validacion de las hojas de vida ante el SIGEP	Con relacion a la actualizacion de las hojas de vida en el SIGEP, se llevo a cabo la consulta "Monitoreo avance Hoja de Vida", para determinar que 1. Un (1) servidor público no ha actualizado el formato de hoja de vida, quien se encuentra en incapacidad medica. 2. Hojas de vida de contratistas: Se solicitó la información a la Oficina Jurídica, mediante oficio del 20 de agosto de 2019, donde se relacionan un total de 38. 3. Vinculacion: Para la verificación, la oficina de Talento Humano revisara que el personal ingresado se encuentre registrado en el SIGEP. Con corte al 31 de julio de 2019 se realizaron 147 vinculaciones de servidores publicos; 3 trabajadores oficiales no se vincularon al SIGEP, toda vez que la plataforma no lo permite. Desvinculacion: Se comparara trimestralmente la informacion presentada de empleados publicos desvinculados con el reporte en el SIGEP. 4. Modulo de Bienes y Rentas: A 31 de julio de 2019, 5 servidores publicos no se presentaron ante la oficina de T.H. el formulario de declaracion de bienes y rentas.
Cubrimiento de vacantes temporales mediante encargo.	La oficina de T.H., adelanto el estudio de cumplimiento de requisitos y condiciones para determinar la viabilidad de la provision de empleos de carrera administrativa mediante encargo o nombramiento provisional de conformidad con la Ley 1960 de junio 27 de 2019, por la cual se modifican la Ley 909 de 2004, El Dec Ley 1567 de 1998, y la Cir Unif 20191000000117 del 29 de Julio de 2019 de la CNSC. Del estudio de los requisitos para acceder al encargo se determina que siete (7) aux area salud Gr5 (empleo inmediatamente inferior) pueden acceder mediante encargo a lo siete (7) cargos de enfermero Gr1 que se encuentran en vacancia definitiva y dos (2) enfermeras Gr1 (empleo inmediatamente inferior), acceden por encargo a los dos (2) cargos de enfermero especialista Gr1, que se encuentran en vacancia definitiva, los actos administrativos de nombramiento se firmaron por la gerencia, se solicito a comunicaciones realizar el tramite para publicar en intranet, de conformidad con el literal C del estudio de cumplimiento de requisitos y condiciones para determinar la viabilidad de la provision de empleos de carrera administrativa mediante encargo o nombramiento provisional.
Presentacion del Plan de bienestar e incentivos	El plan de bienestar fue adoptado mediante Resolución 043 de Enero de 2019, que comprende el plan de bienestar social y plan de incentivos, sin modificaciones a la fecha, se realiza encuestas para identificar las necesidades del sistema de estímulos en donde se priorizan programas deportivos entre ellos están baile deportivo, programas recreativos, en donde se 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: Se realizó un estudio de cumplimiento de requisitos y condiciones para determinar la viabilidad de la provision de empleos de carrera administrativa mediante encargo o nombramiento provisional, los empleos a proveer son siete (7) enfermería Gr1, donde se encargan a 7 auxiliares areas de la salud Gr5, y dos (2) cargos de enfermera especialista, una vez cumplimiento de los requisitos y aptitudes y habilidades. En el mes de marzo, se realizó la convocatoria con Circular no.101-02-2019 a participar en el proceso de seleccion y otorgamiento de incentivos para mejor equipo de trabajo. La oficina de planeacion recibio tres proyectos denominados de la siguiente manera: 1. La simulacion una estrategia para aprender seguridad del paciente en equipo. 2. Determinacion del estado y riesgo nutricional del niño hospitalizado en el Hospital, y 3. Nivel de competencias en investigacion en personal profesional asistencial del hospital. Teniendo en cuenta la ejecucion de los proyectos, deberan demostrar que se cumpla con el desarrollo de los objetivos especificos y de acuerdo con lo anterior el Comité de estímulos en reunion determinara si se realiza el otorgamiento de incentivos para el mejor equipo de trabajo.
Plan estratégico de talento humano	Mediante Resolución 041 de Enero de 2019, se adopta el plan estrategico de Talento Humano, se establecen las estrategias de los diferentes procesos como seleccion, induccion, bienestar y estímulos, evaluacion del desempeño y seguridad y salud en el trabajo, en el cumplimiento de las actividades de los diferentes planes (plan de capacitacion, bienestar social e incentivos) se desarrollan las estrategias del plan estrategico de talento Humano.

Plan de seguridad y salud en el trabajo.	El proceso de Talento Humano efectuó jornadas de inducción sobre seguridad y salud y el trabajo a los colaboradores de planta y contratistas que ingresan a laborar en el hospital, con una cobertura del 100% de las capacitaciones programadas: La Médico especialista Gr1. de la oficina de seguridad y salud en el trabajo ha participado en el proceso de inducción general de la modalidad presencial de acuerdo a la programación anual, socializando los temas relacionados con: - Prevención y control de peligros ocupacionales a los que se encuentran expuestos los trabajadores y usuarios en general de la institución. - Promoción y mantenimiento de la salud del trabajador. - Identificación de los agentes causales de enfermedad, de su control óptimo y la rehabilitación integral del trabajador afectado. - Ejecución de actividades dirigidas a la atención del medio ambiente laboral. - Normas de Bioseguridad. - Reporte de accidente laboral. - Comité Hospitalario para emergencias. - Rutas de evacuación. Igualmente identificar, priorizar e intervenir los peligros ocupacionales en un 70% presente en el medio ambiente laboral: Se realizó socialización de la matriz de peligros actualizada a sept de 2019 a los diferentes líderes de áreas. Así y seguridad industrial, establecidos en el plan de trabajo con un cumplimiento del 90% para la vigencia 2019. Se realizó jornada de reinducción en Seguridad y Salud en el trabajo dirigida a todo el personal de planta y contrato del Hospital con la asistencia de 747 trabajadores en donde se capacitó sobre los siguientes temas: 1. Generalidades Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, 2. Política del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en el Hospital, 3. Plan de emergencias -Comité hospitalario de emergencias, 4. Bioseguridad, 5. Prevención de Fatiga y Estrés Laboral, 6. política de Prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Se ha realizado el 74,3% (52) trabajadores de auditoría de uso de elementos de protección personal, quedando pendiente el 25,7% para los meses de octubre y noviembre. Se han realizado inspecciones de seguridad a 9 áreas del Hospital. Se gestionó la batería de diagnóstico de factores de riesgo psicosocial a todo el personal de planta, la encuesta de estrés permitió identificar un riesgo alto en 42 empleados, y 15 con estrés moderado, y en riesgo bajo y muy bajo a 18 funcionarios. se entregó kit de dotación de EPP a 43 trabajadores de planta que lo requerían cumpliendo con el 100% de la actividad. se ha realizado seguimiento a 15 trabajadores (44,1%) con desórdenes musculoesqueléticos de los 34 diagnosticados. El 55,9% restantes se realizó en el mes de octubre 2019. Se remitió mediante correo electrónico encuesta de clima organizacional para que sea diligenciada por los contratistas emergencias en cuanto al análisis de vulnerabilidad y se remitió para codificación. De los 41 trabajadores reubicados, se hizo seguimiento médico ocupacional a 41 (100%). Hasta la fecha han ocurrido 4 accidentes laborales en el personal de planta, así: 1 recreativo catalogado como grave, 2 biomecánicos y 1 locativo, están en investigación, con relación al personal contratista se han reportado 69 accidentes laborales, investigados por cada empresa contratista. Para el 2019, se planearon 3 simulacros, el 25 de abril (sismo), 25 Julio (incendio), 2 octubre (evacuación). Hasta la fecha se han solicitado reubicación laboral a 7 funcionarios, por recomendación médica de la EPS y de ARL, cumpliendo con el 100%. Se han realizado 67 valoraciones médicas ocupacionales equivalentes al 43%, pendientes 85 correspondiente al 57%, a realizar hasta diciembre de 2019. se han realizado 8 capacitaciones a los miembros de la brigada con un cumplimiento del 100%.
Evaluación de desempeño	El Hospital Universitario San José ESE, mediante Res 0059 del 31 de enero de 2019, define los evaluadores y conforma las comisiones evaluadoras para el proceso de evaluación del desempeño laboral del periodo del 1 de feb de 2019 al 31 de enero de 2020. mediante oficio del 12 de abril la oficina de talento humano presenta a la Gerencia el informe de seguimiento del sistema de evaluación del desempeño laboral del 2018-2019. La CNSC, expidió el acuerdo 617 del 10 de octubre de 2018, sistema tipo de evaluación del desempeño de los empleados de carrera y en periodo de prueba, que entro en vigencia a partir del 1 de febrero de 2019. mediante circular inf no.03-110 de 2019, la oficina de T.H. solicita a los funcionarios que participan del sistema tipo de evaluación de desempeño laboral en calidad de evaluadores cargar los compromisos laborales en el aplicativo desarrollado por la CNSC, una vez la oficina de talento humano dio la respectiva capacitación, respecto de la plataforma desarrollada por la CNSC. Al producir las reubicaciones laborales del personal de carrera administrativa se designa el evaluador o la comisión evaluadora y se comunica de manera inmediata a los interesados. La oficina de T.H. permanentemente hace seguimiento al cumplimiento de los parámetros establecidos en el acuerdo 617 del 10 de octubre de 2018, sistema tipo de evaluación de desempeño en los empleos de carrera y en periodo de prueba, que entro en vigencia a partir del 1 de febrero de 2019. De los 82 funcionarios de carrera administrativa, 1 se encuentra en comisión desempeñando un cargo de libre nombramiento y remoción el cual no le es aplicable la normatividad de evaluación de desempeño laboral, 1 funcionario se encuentra en incapacidad y 1 a 31 de julio de 2019 se encontraba en incapacidad médica. se realizaron las evaluaciones del primer semestre 2019 de 81 funcionarios de carrera activa.
Plan de Inducción y Reinducción	Mediante Res. 042 de enero de 2019, se adopta el plan Institucional de Capacitación, que de acuerdo a la cartilla "Plan Nacional de Formación y capacitación expedida por el DAFP, en el año 2017, los lineamientos de la política plantean un novedoso abordaje en la orientación y priorización de temáticas para desarrollar y articular programas de capacitación, incluyendo la inducción y reinducción, hacia el fortalecimiento de las capacidades de los servidores a las necesidades institucionales en un proceso de mejora continua. El 12 de sep de 2019, en Comfacauca, con el Coach Carlos Palacios, se llevó a cabo la intervención de la cultura y el cambio organizacional el cual brindó oportunidad de conocer a quienes trabajan en otras áreas de la Institución y con quienes probablemente no se había podido compartir, así mismo generar un mayor nivel de identificación, mejores estándares de atención, producción y nivel de rendimiento del personal, donde participaron 151 funcionarios. De igual manera se realizó la jornada de reinducción institucional, dirigida por la oficina de planeación, socializando temas como: 1. Direccinamiento estratégico, 2. Planes Institucionales, 3. Modelo de atención Institucional, 4. Mapa de Procesos y 5. Valores corporativos, evento con resultados muy positivos por los participantes.

		Clima organizacional y ambiente físico	De acuerdo a los resultados de la encuesta de clima organizacional 2018, en el año 2019 se proyectó una matriz de capacitaciones psicológicas en sesiones breves para resultados bajos en cuanto a clima organizacional, los temas fueron, Comunicación asertiva, trabajo en equipo y resolución de conflictos, para el mejoramiento del clima organizacional, estas sesiones breves fueron realizadas en tiempos de 45 minutos aproximadamente en los siguientes servicios: Ginecobstetricia, UCINT, talento humano, sala de partos, rehabilitación, salas pediatría, central de esterilización, banco de sangre, nefrología, urgencias pediátricas, unidad de quemados, cirugía, endoscopia, UCI I-II, imágenes, UCIP, medicas, quirúrgicas I-II, traumatología, unidad mental, medico quirúrgicas, urgencias adultos, consulta externa, farmacia, tesoraría, archivo, ventanilla única, sistemas, control interno, planeación, almacén, auditoría de cuentas, vigilancia y control, estadística, cartera, venta de servicios, calidad, facturación, referencia y Contrareferencia, economato, oncología, lavandería, solo por servicios aseo, docencia servicio, gestión ambiental, laboratorio clínico, patología, comunicaciones, mantenimiento y grupo de educación; a su vez se realizó la socialización de los resultados de clima organizacional a nivel general a los líderes y coordinadores de cada servicio que fueron citados por oficio con anterioridad, con una duración de 1 hora aproximadamente, también se realizó la socialización de los resultados de clima organizacional en particular a los servicios de Quemados y UCIP, las actividades anteriormente mencionadas se realizaron de enero de 2019 a la fecha. Además se realizó taller "escuela de líderes" cuyo objetivo principal es: fomentar en los líderes y coordinadores de las áreas asistenciales y administrativas del Hospital las competencias de liderazgo. Se realizó durante cuatro (4) sesiones. Se llevaron a cabo 8 sesiones de taller "habilidades para la vida" dirigida al grupo de educación del área de coordinación de enfermería.
Subgerencia Administrativa a 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 adopta el código, de conformidad con el Decreto N° 1499 de 2018, en donde uno de los objetivos de MIPG es fortalecer el liderazgo de talento humano bajo los principios de integridad y legalidad de acuerdo al DAFP el hospital incluye los cinco valores ellos son: HONESTIDAD, RESPETO, COMPROMISO, DILIGENCIA, JUSTICIA, en donde el área de talento humano es quien lidera la formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y socialización de los planes de la integridad a través del intranet de la entidad y socialización a los coordinadores con el personal a cargo, el que se encuentra publicado en la página www.hospitalsan jose.gov.co , la oficina de T.H. anexa el cronograma de actividades, del cual en el 1er semestre del 2019, ha realizado las siguientes actividades. 1. Se conformó el comité de integridad mediante res 0263 del 10 de abril de 2019, 2) se publicó el 14 de mayo de 2019, en el wasap de T.H., los tips del código de integridad, para identificar la percepción sobre integridad y ética de lo público, con los siguientes resultados: DILIGENCIA (Color amarillo que significa que vas por buen camino, pero falta trabajo por realizar, JUSTICIA: Color Rojo, preocúpate, los servidores públicos no están implementando este valor en su cotidianidad. El 13 de junio de 2019, se envía por correo electrónico a los contratistas la res 310 para su conocimiento y aplicación. Los días 10 y 11 de julio de 2019, se llevó a cabo la celebración del día del trabajador hospitalario, de todos los empleados, contratistas y afiliados participes, de actividades de intervención del clima organizacional, y se socializó el código de integridad, con actividades lúdicas, contando con 151 funcionarios de planta y 102 afiliados participes.
		Planes de Acción.	En el 2018, se evaluaron 26 POD administrativos, con un porcentaje de avance del 97%, y 21 asistenciales con un avance del 98%. Dando aplicabilidad al MIPG, la oficina de Planeación, en enero de 2019, toma la determinación de no realizar Planes Operativos por Dependencias, sino solo planes de acción, recomendación apoyada por la oficina de Control Interno, y con el nuevo Jefe de Planeación, recomienda a la Gerencia que se realicen los planes de acción a todos los procesos, los cuales fueron estructurados, socializados y aprobados en el primer semestre del 2019, cuyo avance se determinará en los meses de septiembre y diciembre de 2019. Como los planes de acción fueron suscritos en junio, las actividades se encuentran en ejecución y su seguimiento y evaluación se acordó a enero de 2020 con corte a diciembre de 2019.
		Plan de Gestión Integral del Riesgo (PGIR)	La Gobernación del Cauca, mediante oficio del 25 de julio de 2016, notifica al Hospital Universitario San José, que no continúa con ejecución del Plan de Gestión Integral de Riesgos -PGIR- por haber sido categorizado sin riesgo, con la Res 2184 de 2016; aun así, la oficina de Planeación, en la vigencia del 2017, realizó el análisis, y por recomendación de la oficina de Control Interno, es necesario que se siga realizando la medición del riesgo financiero, para no estar en riesgo medio o alto, que pueda afectar las finanzas del Hospital. Para ello, la Oficina de Planeación implementó la "herramienta financiera" que es una matriz en excel que permite hacer seguimiento a la actividad financiera retomando elementos del PGIR.
		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 1200 millones de pesos, con fecha de corte 31 de octubre de 2019, se está invirtiendo en la infraestructura de varias áreas asistenciales que permitirá avanzar en una mejor atención y dar apertura a nuevos entre ellas están: 1-La instalación de 3 ascensores nuevos, de los cuales a la fecha ya se encuentran en servicio. 2- En el servicio de Hospitalización 4 piso se realizó obra para cumplir con las condiciones de habilitación según resolución 2003 de 2014. 3- Adecuación de Zona de Ropas y de juegos infantiles en el patio de pediatría y la construcción de una cubierta frente a la entrada principal del Hospital dentro del marco del proyecto de humanización. 4- Central de gases medicinales, se espera las Certificaciones de BPM (Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)), que consiste en el cumplimiento de una serie de normas de carácter técnico, las cuales aseguran la calidad de los procesos de gases medicinales. 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. 5. Obras para cumplir las condiciones de habilitación según resolución 2003 de 2014 en los servicios de Central de Esterilización, Diagnóstico Cardiovascular, Unidad Mental, Farmacia.
		Indicadores, en procesos asistenciales y administrativos. MASTER.	La oficina de Control Interno, como en todos los informes, realiza la verificación en el análisis, cálculos, diligenciamiento y entrega de los mismos, de cada una de las áreas responsables, y en lo que se refiere a los indicadores de la Res. 408, que están incluidos dentro del MASTER, por lo que se recomendó a la oficina de Planeación que lidere la realización de los indicadores del área administrativa en conjunto con la Sub Gerencia Administrativa, que se encuentra incluido en plan de acción institucional. En reunión del 10 de enero de 2019 con las oficinas de Planeación, Calidad y Control Interno, se determinó que los indicadores administrativos, se deben analizar en agosto del 2019, por la subgerencia administrativa, debido a que la sub gerencia científica los analiza trimestralmente. De los 289 indicadores del MASTER, no cumplieron el máximo aceptable 16 asistenciales, y tienen plan de mejoramiento con fecha de corte a julio del 2019, Se sugiere: Retroalimentar las actividades, los responsables de la captura, reporte, análisis, socialización y seguimiento de los indicadores institucionales del Hospital Universitario San José de Popayán.

Dirección Estratégica Planeación Calidad Talento Humano Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documental Gestión	Dirección Planeación	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 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. 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 continua trabajando en recopilar la información y de esta forma consolidar el plan anual de Adquisiciones correspondiente para el siguiente periodo.
		Evaluación y ajustes de mapas de riesgo (proceso, acción, establecida, acción cumplida, porcentaje de cumplimiento)	Mediante oficio del 10 Junio de 2019, la oficina de planeación remite el mapa de riesgos, cuya socialización, asesoría, revisión y ajuste de los mapas de riesgo se realizó el 30 de mayo de 2019, cuya acta se anexa, a los responsables de los mismos, con los siguientes resultados: De 27 mapas de riesgo asistenciales, se actualizaron o construyeron 26, y de 36 administrativos, se actualizaron o construyeron 35. El seguimiento se realizara en julio de 2019 y en enero de 2020. A la fecha la oficina de Control Interno realizó la verificación y seguimiento en el cumplimiento de las actividades, teniendo en cuenta que se solicitó en el mes de Febrero de 2019, a la oficina de Planeación la carpeta compartida, en donde se pudo establecer que no todas las evidencias se encontraban en esta carpeta, ya que algunas específicamente del mapa de riesgos también son evidencias de los Planes de acción, por lo que se solicitó a la oficina de Planeación, realizara una carpeta en físico, clasificando las evidencias del mapa de riesgos y de los Planes de acción de manera independiente.
		Análisis y valoración del riesgo en los procesos administrativos y asistenciales que impidan el logro de su propósito fundamental y las metas estratégicas.	La oficina de Planeación durante el 1er semestre realizó un proceso de acompañamiento a cada uno de las áreas responsables de los mapas de los riesgos, para determinarlos con la respectiva valoración, quedando 35 administrativos y 26 asistenciales, los cuales se evaluarán en el mes de agosto de 2019, para determinar su cumplimiento y ajuste si se hace pertinente. El resultado del seguimiento se muestra así: 34 mapas administrativos y 24 asistenciales, para un cumplimiento del 95,1% por número de mapas. El promedio de cumplimiento de las acciones para mitigar los riesgos, comprometidas a realizar por los líderes de los procesos tanto asistenciales como administrativos, vienen siendo aplicadas en un 82.1%, lo que indica el alto grado en general de su compromiso dentro de su gestión para la mitigación de los riesgos. El 11.7% de acciones no aplican para esta evaluación porque están definidas para ello al término de la vigencia 2019.
		Eventos adversos asistenciales en el programa de seguridad del paciente seguimiento y cumplimiento.	Se reportaron un total de 280 (100%) eventos clínicos y se gestionaron un total de 251 que representan el 90%. Comparativamente se observa que hay un descenso en el reporte voluntario de eventos clínicos en el área de internación general, probablemente debido a la falta de líder de calidad de este proceso desde el mes de agosto; Igualmente se evidencia que el porcentaje de gestión de los eventos se afectó. Procesos como: Ginecología, urgencias pediatría, salas de pediatría, deben continuar fortaleciendo el reporte; Ulcera por presión: 112. 3. Caídas: 27. En el 3er trimestre se reportaron un total de: 141 flebitis. De las cuales la flebitis química sigue ocupando el primer lugar. En comité de este listado actualizado, a la vista de las personas que administran medicamentos con las recomendaciones de administración, dilución, etc. Estas flebitis serán gestionadas por el químico encargado. En cuanto a las lesiones por medio de contraste se realizó una actualización al protocolo donde se incluyan criterios de calidad específicos como: retiro de la vena en imágenes después de administrado el medio de contraste. 112 UPP, aumentó el número de UPP reportadas en el aplicativo de eventos clínicos debido a la estrategia de búsqueda activa, donde se realiza el reporte de 52 UPP. Los servicios con el mayor número de reportes por búsqueda activa son los de Urgencias adultos y UCI adultos, el servicio de UCI adultos tiene programada la capacitación en seguridad del paciente para el mes de noviembre, con seguimiento específico a cada uno de estos procesos por parte del líder, particularmente se plantea el seguimiento por colaborador para detectar los colaboradores con baja adherencia al reporte voluntario. 27 caídas. El reporte de las caídas evidencia que el 100 % son caídas sin lesión. El servicio que más reporte de caídas presenta en el trimestre continuó siendo el servicio de Urgencias Adultos. En el taller de prácticas seguras se continuó fortaleciendo las barreras para mitigar este riesgo latente en los pacientes que se encuentran en este servicio. Sin embargo para el cuarto trimestre se plantea un plan de contingencia para estos procesos, identificando barreras y defensas por parte de líderes de calidad. Los servicios con mayor porcentaje de reporte de auto retiros son las UCI, y las salas de internación general. El caso de TVP es un caso presentado en la UCI que se encuentra en estudio. 2 casos relacionados con diagnóstico incorrecto están en análisis y revisión por UCI y cirugía laparoscópica. La retinopatía del RN se presenta como consecuencia del uso de oxigenoterapia en paciente que se requería.

y Planeación	Presupuesto	
		Atencion al Usuario -SIAU- Satisfaccion al usuario. línea telefónica abierta y 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 médico quirúrgicas sala 1 y 2. La apertura de los buzones se realiza los martes y viernes y lo realiza la coordinadora del área, una auxiliar de enfermería, un representante de la liga de usuarios y de la personería Mpal, se realiza conteo de los formatos 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 cuenta con un link para el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción y para PQRS. En el primer semestre de 2109, según información suministrada por la oficina del SIAU, y a un 66% por los cuales se realizan planes de mejora de gran importancia para tomar acciones correctivas lo cual nos permite mejorar. En el año 2018 el análisis de causa se evidencio el compromiso frente al proceso y a la realización de esta actividad de obligatorio cumplimiento. Acciones de mejora implementadas se realiza seguimiento para que se de respuesta oportuna y se envía recordatorio a los coordinadores de acuerdo al registro que se lleva, en este año mejoró y la oficina del SIAU realiza intervención personalizada a las quejas para dar respuesta al usuario en el termino establecido por la ley. De las 130 quejas se ha respondido 99 falta contestar 31, que son de 10 procesos y equivale al 24%. La oficina del SIAU realiza intervención personalizada a las quejas y así poder responderle al usuario en el termino establecido por la ley. En el 2018 la tasa de satisfacción global fue del 97% cumpliendo con la meta establecida, evidenciando el mejoramiento continuo y quedando dentro del rango SATISFACTORIO, comparado con el año anterior mejoró cabe resaltar que se realizaron 4.320 encuestas de satisfacción, se brindó educación, orientación y divulgación de los DEBERES Y DERECHOS. se ha notado un avance positivo frente a la prestación del servicio. Una de las observaciones planteadas por la Oficina de C.I, es la de realizar el análisis de los planes de acción, remitidos en las respuestas son deficientes, ya que no se maneja un instrumento donde se realice las tareas que se deben ejecutar, asignando responsables, tiempo y recursos municipal, 2. Realizar un plan de mejoramiento por parte del coordinador en proceso de urgencias para disminuir las quejas por falta de oportunidad. 3 Desarrollar una estrategia para controlar la queja de mal trato por parte del talento humano y humanización. 4. Hacer cumplir el parágrafo quinto "obligaciones del sindicato" 5. Atender adecuadamente a los usuarios del hospital, brindando un trato amable y humanizado a los usuarios y sus acompañantes, evitando que se generen quejas por maltrato. Estándar de cero (0) quejas comprobadas por maltrato. 6. Mantener relaciones de cordialidad, respeto y colaboración con el equipo de trabajo y funcionarios de otras dependencias. 7. Responder a las manifestaciones según lo establecido en el procedimiento institucional. 8. Clasificar las quejas según el procedimiento de trámites de sugerencias, quejas y felicitaciones, código MSI-AT-PD02 que es : Falta de oportunidad, Incumplimiento de horario, Maltrato, Central de gases medicinales y central de mezclas
		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. La oficina de Control interno, recomienda adoptar mediante resoluciones los Comites Institucional de Gestion y Desempeño y el Comité de Coordinación de Control Interno, derogando así la Resolución N° 0159 de 22 de marzo de 2018, para adoptar el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con resol 0395 del 8 de julio de 2019 y se envió el 16 de septiembre de 2019 para firma a la Gerencia de la Resolución, que entraría a reemplazar a la Res. N° 0189 de abril de 2018, donde se creo y adopto el Comité Institucional de Control Interno, sin que hasta la fecha haya sido remitido para su socialización. teniendo en cuenta que en estos actos administrativos se definen claramente las funciones de cada uno de los miembros del Comité, así como las funciones. En el mes de enero de 2019, hubo cambios del personal que había recibido las capacitaciones sobre la implementación del MIPG, durante el 1er semestre la oficina de C.I. y la Oficina Asesora de Planeación se encargaron de prestar este asesoramiento incentivando al personal a participar en las distintas capacitaciones sobre el MIPG. En el mes de febrero se envió la circular a cada uno de los responsables de diligenciar y entregar las evidencias de la encuesta del FURAG II, la cual debe reportarse hasta el 15 de marzo de 2019, por parte de las oficinas de Planeación y Control Interno, cada uno con la clave respectiva, cuyo resultado fue enviado por el DAFP en el mes de marzo de 2019, el que fue socializado en el Comité Institucional de Gestion y Desempeño y entregado en el mes de Mayo de 2019, para determinar los planes de acción a implementar, en donde cada uno de los responsables determinaron las acciones, y los plazos para su cumplimiento. El FURAG arrojó como resultado un Índice de Desempeño Institucional del 63,2 % ubicandonos por encima de la media en el cuarto quintil y como política en desarrollo más avanzada la de Defensa Jurídica y la mas atrasada la Política de Participación Ciudadana en el Gestión. De las 17 políticas de MIPG, 11 están documentadas, adoptadas por acto administrativo y publicadas en intranet; las restantes están en proceso de construcción.
		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 ha realizado reuniones con la liga de usuarios y veeduría ciudadana en la cuales se manifiestan las no conformidades encontradas en la prestación del servicio de salud y se realiza el respectivo seguimiento.
		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, según informe del 3er trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento del 79% que corresponde a 212 actividades cumplidas de un total de 278 programadas, 21 en desarrollo y 45 actividades están atrasadas, esta información es con corte a 30 de septiembre de 2019.

Planeacion Control Interno	Gestion Plan Anticorrupcion.	Indicador austeridad en el gasto público y eficiencia en los recursos	Mensualmente el proceso presupuestario elabora el indicador de seguimiento el cual es realizado en los comités financieros. A 31 de agosto de 2018 el Hospital se encuentra categorizado "con riesgo", durante el 2018 se entregaron a la Gerencia los cuatro (4) informes de Austeridad del Gasto, con las observaciones de cada uno de los rubros en donde el incremento entre los trimestres de las vigencias de los años 2017 y 2018, se incrementan en un 10%. durante el 2019, se ha entregado el informe de austeridad del Gasto del 1er trimestre, en donde se presenta una disminucion significativa en rubros como comunicaciones y transporte, materiales y suministros, impresiones y publicaciones y en otros gastos, servicios publicos y gastos de viaje, donde se nota que el area Administrativa y Financiera a seguido las recomendaciones realizadas por la oficina de Control Interno, para aplicar mecanismos de austeridad en el gasto y la administracion eficiente de los recursos.
		Plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano.	La entidad cuenta con un Plan Anticorrupcion adoptado mediante Resolucion 096 del 15 de febrero del 2018, por medio de la cual se ajusta el plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano, socializado y divulgado mediante mecanismos como 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. Para el 2019, la oficina de C.I., una vez realizo la revision del 2018, solicita a la oficina de Planeacion que realizara un ajuste al PAAC para el 2019, teniendo en cuenta el MIPG, como así lo hizo y lo presente en el mes de enero de 2019, por lo cual con oficio del 15 de mayo de 2019, fue entregado a la Gerencia el informe del PAAC del 1er cuatrimestre del 2019 y publicado en la pagina web del Hospital.
		Acciones para mitigar los riesgos del mapa del plan anticorrupcion	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 anticorrupcion 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 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, 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. Segun a auditoria realizada por la Contraloria del area Financiera- Presupuesto de la vigencia del 2018, quedo un hallazgo que dice "Condición: En el Presupuesto de Ingresos de la vigencia 2018 aprobado mediante Acuerdo No. 012 de noviembre 28 de 2017, el Hospital Universitario San José E.S.E., no hizo la apropiación presupuestal ni la adición de la cuenta Aportes, Convenios y Contribuciones que le hizo el Departamento por \$1.828.967.263, el Municipio por \$317.493.781 y por Otros Ingresos Corrientes el valor de \$1.402.675.805. Criterio: Decreto 115 de 1996 artículo 12, Ley 734 de 2002 artículo 34 numeral 3., Ley 1797 de 2016 artículo 17. Causa: Falta de control y seguimiento en los procesos internos de la Entidad y no aplicación de las normas de Presupuesto. Efecto: Presunta incidencia disciplinaria", por el cual se suscribio el plan de mejoramiento cuya accion correctiva se establecio en, "Revision de los procedimientos Internos en la aplicación de las normas de presupuesto", con un plazo de cumplimiento hasta el 31 de agosto de 2019", por lo cual la oficina de Control Interno, realizara el respectivo seguimiento. El 24 de septiembre de 2019, se adoptan dos (2) procedimientos, uno de ejecucion presupuestal de ingresos y dos el correspondiente a gastos. El 10 de septiembre la oficina de planeacion, cita a reunion para determinar los lineamientos de formulacion del proyecto de presupuesto del 2020, el cual fue socializado el 29 de octubre de 2019, para ser presentado a la Junta Directiva para su aprobacion en el mes de noviembre de 2019.
		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 .
	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, reporte de eventos adversos y riesgos a nivel interno; se publica en la pagina institucional www.hospitalsanjose.gov.co En el comite Institucional de Gestion y desempeño realizados el 6 de junio de 2019, el coordinador de Sistemas ing Faiver Tovar, solicita que se debe establecer un responsable de la informacion del contenido de la pagina web, y que el proceso de sistemas de informacion se encargara de toda la parte del soporte tecnico. Es necesario que se integren los medios de comunicacion, la gestion documental y los sistemas de informacion, con el fin de brindar y promover dentro de la entidad la participacion ciudadana y los grupos de valor, para una optima prestacion del servicio.

Gestión con Valores para el Resultado	Planeación Calidad Talento Humano Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documental Jurídica Gestión ambiental Presupuesto	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.	El Hospital San José, en cumplimiento al 2018, a cargo de la Sra Gerente Derlin Delgado Rodríguez, cuyos temas tratados fueron: 1. Direccionamiento Estratégico 2. Identidad corporativa 3. Riesgo financiero 4. Cumplimiento de Metas (Plan de acción 2018, Apertura de nuevos servicios, y Adecuación de servicios) 5. Gestión en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad. 6. Gestión para el desarrollo del Talento Humano. 7. gestión de Contratación. 8. Gestión de Inversión en infraestructura y equipos. 9. Gestión para alcanzar la estabilidad financiera. 10. Gestión en Producción de Servicios. 11. Gestión de PQRSF y 12. Preguntas. Se adelantó la difusión mediante la emisora Popayan Estereo y páginas web de medios de comunicación. Se contó con la participación de 203 personas y se facilitaron los espacios de intervención durante la audiencia pública y los asistentes de la audiencia pública realizaron la evaluación de la misma a través de la encuesta establecida para ello. Las recomendaciones presentadas por la oficina de comunicaciones y de planeación son encaminadas a fortalecer el proceso de participación ciudadana en la formulación de la audiencia de rendición de la cuenta de gestión y la participación activa de cada uno de los procesos asistenciales y administrativos. Mediante acuerdo 05 de marzo 19 de 2019, se evalúa el cumplimiento del plan de gestión de la gerente de la vigencia 2018, por parte de la junta directiva, bajo la resolución 408 de 2018.
		Gobierno Digital	Ventanilla única de correspondencia (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos)	La entidad cuenta con un procedimiento de la ventanilla única de correspondencia en donde se recibe, recepciona y unifica la información interna y externa, toda información oficial se debe radicar por ventanilla, la correspondencia recibida es debidamente abierta y revisada para su clasificación, escaneo y trámite, la correspondencia se archiva electrónicamente de acuerdo a la estructura de las tablas de retención documental de la entidad, por cada comunicación recibida se diligencian los datos requeridos por el software de gestión DOCUNET, el cual arroja el estiker con el número de radicación. Cada año automáticamente el software reiniciará la numeración desde el dígito uno. El horario y atención al público interno y externo es de lunes a viernes en el horario de oficina de 8:00 a 12:00 am y de 2:00 a 6:00 pm. A principios de año el Proceso de Gestión Documental envía el cronograma para la entrega de las transferencias documentales. Dentro del Plan General de Auditorías, aprobado por el Comité Institucional de Control Interno, se estableció realizar la auditoría de este proceso el cual se inició en el mes de octubre de 2018 y se terminó con la suscripción del respectivo plan de mejoramiento individual. Según requerimiento de la oficina de archivo del Departamento, es necesario la actualización de las tablas de retención documental, procedimiento que a la fecha se está realizando.
			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 continúa trabajando para la creación y adopción de la política de seguridad de la información.
		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 mes de Junio de 2019, se realiza la actualización y ajuste del reglamento del Comité de Conciliación y defensa judicial del Hospital Universitario San José, de conformidad con lo dispuesto en el decreto nacional 1069 de del 2015 y el decreto 1167 del 2016, y en los distintos comités de conciliación se ha insistido mucho a los abogados externos en la realización de las acciones de repetición, siguiendo los procedimientos administrativos del caso, y las directrices impartidas por la Procuraduría. Se solicitó a esta área desde el 17 de octubre y con un recordatorio para la entrega de esta evidencia la cual no fue reportada, por la oficina jurídica, correspondiente a los meses de julio a octubre de 2019.
			Indicadores validados que brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados	Existen avances importantes en este elemento, se estableció el tablero de indicadores el cual permite medir con mayor precisión la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión. La entidad debe reforzar la pertinencia, la aprehensión y fomentar la cultura en la interpretación y uso de los indicadores de gestión en el servidor público a todo nivel, puesto que se han observado deficiencias en el uso de esta herramienta para la toma de decisiones. La Coordinación de Calidad, informa que se actualizó el tablero de indicadores del Hospital, información enviada vía correo electrónico el 7 de marzo de 2019. Se envió la solicitud al Sub gerente Administrativo, para que con el apoyo de la oficina de Planeación consolide y analice los indicadores administrativos. La Oficina de C.I. envía oficio el 10 de junio de 2019, a la Subgerencia administrativa y financiera, para que en adelante realice el análisis de los indicadores Financieros, con el apoyo de la oficina de Planeación.
			Se comunica interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación de los indicadores	Se está trabajando para restablecer la ruta existente en el correo interno de la entidad en donde se tiene la opción de publicar los indicadores para consulta de los servidores públicos de la entidad, realizar las campañas de uso de apropiación de datos y herramientas, por lo que la oficina de control interno solicitó a las oficinas de planeación y calidad, crear carpetas compartidas para realizar la verificación y seguimiento de los distintos informes, para no generar triple solicitud de información a las distintas áreas, las cuales antes de suscribirlas se realiza una mesa de trabajo o consolidación para que la información sea fiable y conciliada con las distintas áreas.

Evaluacion de Resultados	Calidad Planeación Sistemas- Control Interno	Seguimient o y evaluación del Desempeño Institucional	Se cuentan con encuestas de satisfaccion del ciudadano.	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia en la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En el primer trimestre del año 2019 la satisfacción global fue del 97% cumpliendo con la meta propuesta. Se logra que la satisfacción permanezca por encima de la meta propuesta gracias a al compromiso y las actividades realizadas por cada servicio brindando atención segura y humanizada. Igualmente se logra, que el area del SIAU en aras del mejoramiento continuo, realice actividades permanentes de Divulgacion de deberes y derechos, educacion y atención personalizada, y apoye la solucion a las necesidades de los usuarios.													
			Porcentajes autodiagnosticos y planes de accion MIPG	En el mes de marzo de 2019, se diligencio la encuesta del FURAG II, cuyo resultado se entrego por parte del DAFP, en el mes de abril, informacion que fue analizada y socializada por la oficina de planeacion, en el Comité Institucional de Gestion y Desempeño del mes de Junio de 2019. Este resultado es la base para suscribir los planes de accion de MIPG, teniendo en cuenta tambien los autodiagnosticos, reportados y actualizados en el primer semestre de 2019. La oficina de Planeacion suscribio compromisos con cada uno de los responsables de los planes de accion de MIPG, los cuales quedaron estipulados asi: <table><thead><tr><th>Autodiagnóstico</th><th>Plan de acción</th></tr></thead><tbody><tr><td>Código de Integridad</td><td>7</td></tr><tr><td>Direccionamiento estratégico y planeación</td><td>4</td></tr><tr><td>Defensa jurídica</td><td>26</td></tr><tr><td>Servicio al ciudadano</td><td>3</td></tr><tr><td>Evaluacion Institucional</td><td>3</td></tr><tr><td>Rendicion de Cuentas</td><td>6</td></tr><tr><td>Control interno</td><td>8</td></tr></tbody></table> Para un total de 7 planes de acción suscritos priorizados, con 57 acciones puntuales de las cuales se realizara informe de avance en el mes de enero de 2020, con corte a diciembre de 2019.	Autodiagnóstico	Plan de acción	Código de Integridad	7	Direccionamiento estratégico y planeación	4	Defensa jurídica	26	Servicio al ciudadano	3	Evaluacion Institucional	3	Rendicion de Cuentas
Autodiagnóstico	Plan de acción																
Código de Integridad	7																
Direccionamiento estratégico y planeación	4																
Defensa jurídica	26																
Servicio al ciudadano	3																
Evaluacion Institucional	3																
Rendicion de Cuentas	6																
Control interno	8																
	Planeacion Calidad Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Estadística Gestión Documental Jurídica	Servicio al Ciudadano - SIAU.	Indicadores de las PQRS del area de atencion al usuario	En el primer trimestredel año 2019 la satisfaccion fue del 96% cumpliendo con la meta propuesta. En el segundo trimestre del año 2019 la satisfaccion fue del 100% quedando por encima de la meta propuesta. En el tercer trimestre del año 2019 la satisfaccion del servicio alcanza un porcentaje del 99% mejorando, cumpliendo y permaneciendo por encima de la meta propuesta. Se logra que la satisfaccion permanezca por encima de la meta propuesta gracias a al compromiso y las actividades realizadas por cada servicio brindando atencion segura y humanizada, igualmente que el area del SIAU en aras del mejoramiento continuo realiza actividades diarias como: Divulgacion de deberes y derechos educacion y atencion personalizada, y dando solucion a las necesidades de los usuarios. Para el segundo trimestre se logra que la satisfaccion permanezca por encima de la meta propuesta y comparado con el trimestre anterior mejoró; evidenciando el agrado de los usuarios frente a la atención brindada, igualmente que la institución esta trabajando en brindar educacion y atencion personalizada y dando a conocer los DEBERES Y DERECHOS de los pacientes para su conocimiento, los cuales les permiten en su momento aplicar dentro de la institución y porque no fuera de ella. En el tercer trimestre del 2019 se logra que la satisfaccion frente a la atencion brindada es del agrado de los usuarios y que sus expectativas a continuar solicitando, atencion en nuestra institucion.													
			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	Programa de Gestión Documental de la entidad	El hospital en su pagina institucional cuenta con el programa de gestion documental aprobado el 30 de octubre de 2019, dirigido a la planeacion, direccion y control de los recurso fisicos, tecnicos, tecnologicos, financieros y del talento humano para el manejo de los archivos. De igual forma cuenta con un Plan institucional de Archivos PINAR, actualizado el 30 de octubre de 2019 con una vigencia de cuatro años apartir de la fecha de su aprobacion, el cual plantea una serie de acciones encaminadas al manejo eficiente y eficaz de la informacion y de los archivos. En la pagina institucional de la entidad se encuentra la Política Gestión Documental, adoptada mediante resolución 0394 del 8 de julio de 2019, la cual está compuesta por cinco lineamientos: Garantizar la oportunidad en la recepción, distribución, trámite, organización, almacenamiento, conservación, consulta y disposición final de los documentos, Implementar mecanismos de capacitación enfocados a la sensibilización del Talento Humano institucional en Gestión Documental, Fortalecer los controles existentes para la Seguridad de la Información, Implementar estrategias para disminucion de consumo de papel en la institución, Implementar herramientas de tecnología dentro de la Gestión Documental. El proceso de Gestion Documental ademas cuenta con procedimientos de Consulta y Prestamo de documentos, procedimiento de Limpieza y desinfeccion de depositos de Archivo, Manual de transferencias documentales y procedimiento para la racionalizacion de papel. 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 prestacion del servicio por el hospital y de los procesos de gestion documental que deben asumir las dependencias es necesario adoptar la normatividad interna para establecer el procedimiento para la produccion, recepcion, radicacion, direccionamiento, registro, entrega, distribucion, seguimiento, conservacion, y consulta de documentos en general, el area de Gestión Documental precisó que esta herramienta se esta trabajando de acuerdo al modelo de MIPG. Dentro del Plan General de Auditorias del 2018, la oficina de Control Interno realizo entre octubre y diciembre de 2018, la auditoria al Proceso de Gestion Documental en donde se establecieron 4 acciones correctivas dentro del plan de mejoramiento suscrito, que consisten en : 1. Rehubicacion del archivo central, 2. Actualizacion del programa de gestion documental, 3. Actualizacion del listado maestro de series y subseries documentales y de esta manera ajustar y actualizar las Tablas de retencion Documental TRD, siguiendo la actualizacion del mapa de procesos y el organigrama de la entidad y 4. Ajuste al plan de accion y ampliar el plazo de las acciones que aun estan pendientes por realizar.													

Gestion de Transparencia y acceso a la Informacion	La Entidad en la seccion "Transparencia y Acceso a la Informacion Pública" se encuentra información, localización física, horarios y días de atención al público, del Hospital.	DAFP, que nos capacite y que nos envíe el listado de los tramites que se realizan en un Hospital de 3er Nivel, para adelantar este proceso, pero no se ha obtenido respuesta. El 29 de agosto de 2019, se envió a la procuraduría, el reporte de cumplimiento del indice de Transparencia y acceso a la informacion, obteniendo una calificación de 7 sobre 100, por lo que en el Comité de Gestion y Desempeño, el Jefe de planeacion, solicita a la gerencia mejorar esta calificación, con la posibilidad de suscribir un convenio con el banco de acceso a la informacion, participacion ciudadana, prestará servicios en línea a nuestros usuarios, y así cumplir con este componente tan importante determinado en el MIPG. se esta proyectando una alianza con una entidad,
	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 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, igualmente la oficina jurídica realizo y socializo el ajuste del procedimiento para la legalización y publicación de los procesos contractuales.
	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 solicito a la oficina de Talento Humano, priorizar esta capacitación a nivel general para la vigencia del 2019. Una de las acciones establecidas en los planes de accion de MIPG, se tiene establecido que "A partir del mes de agosto se se realizara la traduccion de documentos de interes publico a lenguas como es MISION, VISION, VALORES, DEBERES Y DERECHOS, tramite de PQRS de comunidades indigenas", Se adelantó la contratacion de una auxiliarde enfermería indígena NASA PAEZ, y la actividad se completará en el segundo semestre de 2019
Gestion de talento humano		Los objetivos estrategicos determinados en el Plan de Accion del Proceso de Gestion del Talento Humano, es de tener personas satisfechas y contar con personal competente y satisfecho en el desempeño de sus actividades, para ello a determinado 3 estrategias como son: Identificar oportunamente las causas de insatisfacción del usuario para su corrección, Articular las acciones del proceso de talento humano con los proveedores de talento humano, Fortalecer la gestión del talento humano, y para su cumplimiento a determinado 6 actividades, como son: Implementar el plan de acción de Talento humano e Integridad en el modelo integrado de planeación y gestión - MIPG, Elaborar y ejecutar el plan de gestión de talento humano, Formular y ejecutar el plan de capacitación institucional, Direccionar el proceso de evaluación del desempeño laboral, Formular y ejecutar plan de bienestar social, y Realizar las gestiones para la creación de empleos temporales con miras a la formalización laboral.
		Manual de Funciones y Competencias Laborales: La Junta Directiva del Hospital Universitario San José E.S.E conforme al artículo 11 del acuerdo Municipal No 002 de 2004 es la encargada de determinar los manuales de funciones, este a su vez fue adoptado y actualizado mediante Acuerdo 015 del 25 de noviembre de 2016, el cual fue ajustado mediante Acuerdo 06 del 2 de Mayo de 2019, por la Junta Directiva del Hospital Universitario San Jose ESE, dando cumplimiento al Decreto 815 del 8 de mayo de 2018, "por el cual se modifica el decreto 1083 del 2015, Unico reglamentario del sector de funcion publica, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleados publicos, de los distintos niveles Jerarquicos", y a la Resolucion 0667 del 3 de agosto del 2018, "Por medio del cual se adopta el catalogo de competencias funcionales para las areas o procesos transversales de las entidades publicas". En sesion del 2 de mayo de 2019, la Junta Directiva acuerda ajustar el manual de funciones y competencias laborales para las areas o diferentes empleos que conforman la planta global del hospital en lo referente a las competencias comportamentales para las areas y procesos transversales de la entidad quedando determinadas en los manuales de funcionesde cada empleo distribuidas en competencias comunes, por nivel jerarquico, y especificas por nivel jerarquico. Talento humano es el corazon, alineado con los objetivos de la entidad a traves del plan de desarrollo que ademas se compone del eje trazador de humanizacion de la atencion en salud cuyo objetivo es fortalecer la gestion del talento humano enfocado en el trato digno y con vocacion de servicio, de la cual trata esta dimension, se enmarca en el desarrollo del Proceso de Gestión del Talento Humano, el cual reporta para la vigencia 2018 la formulación de su "Plan Institucional de Capacitación, Bienestar e Incentivos, Seguridad en el Trabajo" y "Plan Estratégico del Talento Humano (PETH) vigencia 2018", cuya construcción parte del Diagnóstico de Necesidades para su ejecucion se continua trabajando en el plan estrategico de talento humano integrado de acuerdo al nuevo modelo de MIPG
		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 . Los objetivos estrategicos determinados en el Plan de Accion, son Fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos, Mantener y mejorar la infraestructura y tecnologia institucional, Fortalecer los convenios docencia servicio, generando investigaciones conjuntas, Contar con personal competente y satisfecho en el desempeño de sus actividades, Fortalecer la toma de decisiones basadas en la información valida, completa y oportuna.
		La Junta Directiva del Hospital Universitario San José E.S.E, adopta mediante Acuerdo 06 del 2 de Mayo de 2019, dando cumplimiento al Decreto 815 del 8 de mayo de 2018, "por el cual se modifica el decreto 1083 del 2015, Unico reglamentario del sector de funcion publica, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleados publicos, de los distintos niveles Jerarquicos", y a la Resolucion 0667 del 3 de agosto del 2018, "Por medio del cual se adopta el catalogo de competencias funcionales para las areas o procesos transversales de las entidades publicas". En sesion del 2 de mayo de 2019, la Junta Directiva acuerda ajustar el manual de funciones y competencias laborales para las areas o procesos transversales de las entidades publicas". En sesion del 2 de mayo de 2019, la Junta Directiva acuerda ajustar el manual de funciones y competencias laborales para los diferentes empleos que conforman la planta global del hospital en lo referente a las competencias comportamentales para las areas y procesos transversales de la entidad quedando determinadas en los manuales de funcionesde cada empleo distribuidas en competencias comunes, por nivel jerarquico, y especificas por nivel jerarquico. El cual se puede consultar a través de la página Institucional www.hospitalsanjose.gov.co

Información y Comunicación.

Talento Humano
Planeación
Comunicaciones
Sistemas
Jurídica

Direccionamiento Estratégico y Planeación.

29 de agosto de 2018, Oficio los comités de Tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivos de vigilancia, dentro del Comité de Seguridad del Paciente. A los comités se les hace un seguimiento a lo largo del año para verificar su gestión a saber: estado (activo, inactivo, fusionado), asistencia, entrega de actas y cumplimiento de tareas durante la vigencia. De acuerdo al Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, para el año 2018 se crea el comité de Gestión y Desempeño, el cual fue ajustado por recomendación de la oficina de Control Interno. En este momento se encuentra en la oficina Jurídica para revisión, la Resolución de Adopción de tales comités. Conforme a la recomendación de la función pública, a la fecha la institución tiene los siguientes comités: 1-Bienestares Sociales e incentivos, 2- Conciliación y Defensa Judicial, 3- Convivencia Laboral, 4- Reincorporación y Reubicación Laboral, 5- Coordinación de Control Interno, 6- Docente Asistencial, 7- Paritario de Salud Ocupacional - COPASS, 8- GAGAS, 9 - Calidad, 10- Comité de Ética para la Investigación, 11- Historia clínica, 12- Farmacia y Terapéutica, 13- Vigilancia Epidemiológica e Infecciones Intrahospitalarias, 14- Seguridad del Paciente, 15- Técnico de Planeación, 16- Ética Hospitalaria, 17- Re-uso de dispositivos médicos, 18- Seguridad de la Información, 19- Emergencias, 20- Financiero, 21- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud 22- Mortalidad intrahospitalaria, 23- Comisión de Personal, 24- Tecnología, 26- Mercadeo y Venta de Servicios. De ellos 22 cumplen con el 73 % de funcionalidad administrativa, 10 cumplen con el 3% de funcionalidad misional, y 1 el comité de reuso de dispositivos médicos se encuentra inactivo. Se fusionaron los cuatro comités ya mencionados con el 13,%, los cuales apartir de agosto harán parte del Comité de seguridad del paciente.		
Mediante Resolución 016 del 14 de enero de 2019 fue aprobado el plan anual de Adquisiciones correspondiente al periodo enero 1 a 31 de diciembre de 2019 el cual será publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP, según lo dispuesto en el Artículo 06 decreto 1510/2013 y se podrá consultar a través de la página Institucional www.hospitalsan jose.gov.co. Este fue construido desde el mes de agosto de 2018, con cada una de las áreas y procesos, y unificado por las oficinas de Planeación y Almacén.		
Plan de gestión integral del riesgo – PGIR. Según 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 0255 del 17 de Mayo 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 se ajusto en su estructura incluyendo el proceso de "referencia y contrareferencia" y el proceso de "servicio de ambulancia". La oficina de Planeación informa que a la fecha esta en revisión en la oficina Jurídica, la Resolución que adopta el nuevo mapa de procesos para el 2019, que incluye Esterilización y Dialisis peritoneal, y por incluir los procesos de Sub gerencia científica y administrativa, como recomendación de la oficina de Planeación, por parte de la Coordinación de Calidad, excluir el proceso de clínica de heridas.		
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.hospitalsan jose.gov.co. - Política gestión de talento humano - Política responsabilidad social. - Política Gestión Documental - Política de Integridad - Política racionalización antitramites - Fortalecimiento de los procesos institucionales - Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional - Política de Calidad - Gestión del Conocimiento y la innovación - Política Transparencia y acceso a la información - Gobierno Digital - Seguridad Digital - Defensa Jurídica - Humanización - Política de eficiencia y gasto público. - Planeación Institucional - Política gestión de la tecnología - Control Interno - Seguridad del Paciente La entidad se encuentra en continuo trabajo con base en los los autodiagnósticos de MIPG, los resultados de la encuesta del FURAG II y los planes de acción del MIPG.		
El Hospital Universitario San José E.S.E, Mediante resolución 0096 del 15 de febrero de 2018, ajusta el plan anticorrupción y atención al ciudadano, el cual se socializa mediante correos Institucionales. La oficina asesora de planeación, ajusto el plan anticorrupción según las recomendaciones de la Oficina Asesora de Control Interno, teniendo en cuenta que haciendo el seguimiento al cumplimiento de las actividades, están eran repetitivas y otras era necesario realizarlas, para dar cumplimiento a los 6 componentes establecidos en el Plan Institucional (Mapa de riesgos de corrupción y acciones para su manejo, estrategia anti trámites, rendición de cuentas, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, mecanismos para la transparencia y el acceso a la información, iniciativas adicionales, el informe el cual fue publicado en la página www.hospitalsan jose.gov.co .		
Evaluación del Riesgo	Evaluación del Riesgo	En los meses de abril y mayo del 2019, se revisa con cada uno de los responsables de los mapas de riesgos, de los procesos asistenciales y administrativos, del mapa de riesgos del 2018, para realizar los respectivos ajustes para elaborar los mapas de riesgos para la vigencia del 2019, en donde se establecieron 27 mapas de riesgos por procesos en el área asistencial y 35 mapas de riesgos en el área administrativa en los que se realiza la identificación, análisis y valoración de riesgos y se incluyen los controles y actividades adoptadas para su tratamiento. La oficina de Planeación, determino que en el mes de septiembre de 2019, se realizara la primera revisión de su cumplimiento. 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
	Actividades de Control	Mapas de riesgos Una vez la Oficina de Planeación, recaude las evidencias del cumplimiento de las acciones determinadas en los distintos mapas de riesgos, en el mes de septiembre de 2019, la oficina de Control Interno realizara el respectivo seguimiento al mapa de riesgos de corrupción evidenciando la efectividad de los controles identificados, toda vez que no se observó materialización de riesgos de corrupción, teniendo en cuenta el reporte de los diferentes procesos y las evidencias de informes de auditoría interna y seguimientos. El plan Anual de Auditoría Interna se encuentra debidamente documentado para la vigencia 2019, el cual fue presentado en Comité de Coordinación de Control Interno el 15 Marzo del 2019. Hasta el momento se está dando cumplimiento, teniendo en cuenta que el 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. Con respecto al Mapa de Riesgos, se recomendó por parte de la oficina de Control Interno, integrar los riesgos de corrupción, y los del SARLAFT, para la vigencia del 2020, basados en controles y no en actividades como se venía realizando.

Información y Comunicación	Comunicación y Participación ciudadana	De acuerdo Modelo Interno de Planeación y Gestión MIPG la entidad se encuentra en proceso de avance para realizar ajustes a las diferentes políticas y procedimientos documentados en el Hospital como son, Mediante Resolución 0394 de 2019 la Institución adopta la política de Gestión documental la cual se encuentra actualizada, el plan PINAR, programa de gestión documental, la política de gestión documental, el proceso de ventanilla y aun se esta trabajando para soportar la política de seguridad de la información y política antitramites. 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. El 26 de marzo de 2019, la oficina de Archivo de la Gobernacion Departamental, envia un oficio en donde envia el concepto tecnico de las tablas de valoracion documental para evaluar y convalidar, por lo que la oficina de control interno remitió esta solicitud al proceso de Gestion Documental, para que iniciara a realizar los procedimientos vezarios para cumplir con esta solicitud, que a la fecha segun informacion del Coordinador de Archivo se esta trabajando de la mano con la oficina del Consejo Departamental de Archivos, y se hace necesario realizar el ajuste a las tablas de Valoracion 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, para ello se cuenta con el procedimiento de "Racionalización de papel dentro de la Gestion Documental". 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. Se da inicio a la estrategia con el digiturno del servicio de urgencias, donde se proyecta videos institucionales de interés para nuestros usuarios; así mismo en el servicio de cirugía se diseña una pantalla de información a familiares donde a parte de mostrar la estancia del paciente que se encuentra en el servicio, enseña deberes, derechos de los usuarios, y el direccionamiento estratégico. para el circuito cerrado de television se estan efectuando las pruebas de funcionamiento. La oficina de control interno en el primer semestre de 2019 ha entregado no solo a la Gerencia, sino a los responsables de la información que envían a la oficina, los distintos informes establecidos por Ley, y que estan determinados en el Plan General de auditorias del 2019, se enviaron por DOCUNET y se publicaron en la pagina web del Hospital. A la fecha, los informes pormenorizados, en el 2018, se entrego el ultimo informe el 30 de septiembre en la pagina web de la entidad, y así se cuadraron las fechas segun el cronograma del DAFP. En el mes de junio se actualizo el Procedimiento Conservación y Custodia de la Historia Clínica, como parte del mejoramiento en el diligenciamiento adecuado de la historia. Además algunos avances: • Cuenta con un comité de Historia Clínica en el cual se abordan temas referentes a los cambios, adecuaciones y formatos institucionales que se deben diligenciar. • La historia clínica electrónica se encuentra dentro del sistema de información. • Se realizaron mejoras y ajustes al formato de interconsulta, para que sea más accesible a todos los usuarios y que permita que todo paciente tenga una especialidad tratante. Además de generar alertas más eficientes para el especialista La entidad cuenta con herramientas tecnológicas como el aplicativo DOCUNET, a través del cual se envía y recibe correos internos, correo Institucional, aplicativo Dinámica Gerencia, a través del cual se maneja la Historia clínica digital y los demás procesos Asistenciales, Administrativos y financieros.
	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. Con la pag web busca posicionar infor y posicionar ante la opinión publica la imagen corporativa 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 para que la oficina de SIAU atienda y responda todas y cada una de las solicitudes de nuestros usuarios; igualmente a través de la línea 018000415195 ha sido de gran interes 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. a través de la página web www.hospitalsanjose.gov.co la entidad publica en cumplimiento de los lineamientos de transparencia y acceso a la información, toda la información relacionada con el direccionamiento estrategico, proyectos, plan anual de adquisiciones, rendición de cuentas, políticas, informes de gestión, auditorias internas, etc La oficina de control interno presento el seguimiento de los planes de mejora establecidos con la Contraloría Municipal, con un porcentaje de avance superior al 80%, que por el cambio de personal en la oficina jurídica y Sub gerencia Administrativa, se solicito a la Contraloría Municipal que se diera un plazo hasta el 30 de junio de 2019, el cual se presento el 10 de julio de 2019, con un avance de los planes de mejoramiento Consolidado y el de contratación 2016 y 2017 en un 100%, y del P.M. Financiero del 2017, se presento el Proyecto de Manual de almacen, teniendo en cuenta que se esta ajustando a las normas internacionales de contabilidad y al nuevo modelo integrado de planeación y Gestión - MIPG-, el cual se presento en el mes de septiembre de 2019, cumpliendo así con los tres planes de mejoramiento que se tenían suscrito, quedando solo el plan de mejoramiento de la auditoria del area financiera y presupuestal del 2018, suscrito en el mes de junio de 2019, para un cumplimiento a 31 de diciembre de 2019. Con la Superintendencia Nacional de Salud, se envió en el mes de marzo de 2019, el plan de mejoramiento con las evidencias de la visita realizada en el mes de mayo de 2017, se esta en la espera de que se informe si se aceptan las evidencias y así cerrarse este plan.

Durante la vigencia fiscal del 2018, la Oficina de Control Interno ejecuto auditoria, cumpliendo un 98% con el Plan General de Auditorias y los seguimientos establecidos por la Ley para dicho periodo, solo los cuales presento los informes correspondientes, entre otros siguientes: Auditoria a Gestion de talento humano; auditoria de farmacia, auditoria a Comité de infecciones, auditoria a avances, arqueos 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 auditorias administrativas y presentacion de informes de Ley, y en el ultimo trimestre del 2017, se le concedio una auditora para el area asistencial, que representa el 90% en la prestacion del servicio del Hospital. Para el 2019, se cuenta con una Jefe de enfermeria que se encarga de dar apoyo en las auditorias asistenciales, ya que la otra persona, se le suspendio el contrato por licencia de maternidad, quien regreso, en el mes julio por 45 dias, para terminar el contrato, y en el mes de septiembre de 2019, se transfirio de consulta externa a la oficina de control interno a la Dra Paola Perez, quien solo trabajo en esta oficina cinco (5), ya que tambien se incapacito por maternidad de gemelos, y para el apoyo a las auditorias administrativas, desde el mes de marzo se cuenta con una profesional para hacer apoyo a auditorias basicas como los arqueos de caja y los avances y para los inventarios. A la fecha la oficina de control interno a cumplio con los informes y el plan de auditoria, con mucha dificultad, ya que se solicitan los informes y muy pocos cumplen con la informacion de manera clara y completa, lo que hace que se tenga que estar recordando y que los procesos de la oficina se retracen. Por falta de personal y a dos meses de tenerminar la vigencia fiscal del 2019, la oficina de control interno, no realizara la auditoria al proceso de internacion, la cual se priorizara para el primer semestre de 2020.

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

Teniendo como base los resultados del FURAG II, entregados por el DAFP, en el mes de abril de 2019, y contando como base el informe entregado por la oficina asesora de planeacion, sobre el avance del MIPG, y el analisis de los resultados de la encuesta FURAG II, en donde se puede establecer el comparativo en porcentaje de cumplimiento de actividades de MIPG, de la linea base del 2018, con un porcentaje de 48,8%, con el del mes de abril de 2019, con avance del 64,6%, por lo cual se suscribieron planes de accion con los responsables de los procesos de cada una de las 7 dimensiones, con las que se comprometen a realizar en lo que resta de la vigencia del 2019. Con una gestión centrada en la prestación de servicios de salud autodiagnóstico y las recomendaciones reportadas por el DAFP respecto al informe del estado de SCI presentado por medio del FURAG-I, en el mes de mayo de 2018. En general los cinco componentes del Sistema de Contro Interno se continuan 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 parametros de legitimidad e integridad; así mismo, bajo los principios de transparencia, Legalidad y responsabilidad se da cumplimiento a las publicaciones en la pagina web de la ESE referentes a los resultados de la gestión Institucional y los reportes y envio de información a los entes de vigilancia y control. En el mes de junio de 2019, se suscribieron con la oficina de Planeacion los planes de accion a realizarse para la vigencia del 2019, por los cuales se realizara un avance en el mes de septiembre de 2019.

RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

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

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

EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA

Aprobó:

EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Cargo:

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firma:

Noviembre 8 de 2019

Fecha:

Noviembre 8 de 2019