

107

Popayán, Enero 22 de 2020.

Doctora:

DERLIN DELGADO RODRIGUEZ

Gerente

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

ASUNTO: Cumplimiento de la circular externa No.100-006- de 2019 del –DAFP- Informe con las evidencias del informe Pormenorizado del estado de Control Interno de Noviembre y diciembre de 2019.

Cordial saludo.

Para dar cumplimiento, a la circular del asunto y al art. 9 de la Ley 1474 de 2011, que establece, cuales son los informes que el jefe de la unidad de la oficina de control interno, deberá publicar, y con la circular informan, que a partir del año 2020, este informe no será cuatrimestral, sino semestral, por lo tanto a 31 de enero de 2020, se debe entregar lo correspondiente a los meses de noviembre y diciembre de 2019, ya que esta oficina, con oficio del 8 de noviembre de 2019, entrego a su oficina el oficio con las evidencias, correspondiente al cuatrimestre de julio a octubre de 2019, el cual a la fecha no ha sido autorizada por la Gerencia la publicación del informe que, como se puede dar cuenta la publicación está determinada por la Ley.

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 31 Enero de 2020, fecha en la que se cumple por ley la publicación del informe del asunto, en el Link Control



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPUYAN
"Juntos mejoramos tu salud"
NIT 891.580.002-5

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

Interno/informe pormenorizado, el cual se envía al correo de sistemas@hospitalsan jose.gov.co.

Atentamente,

Aprobado para publicación:


EDNA MERCEDES LÓPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

DERLIN DELGADO RODRIGUEZ
Gerente

Se anexan 1. Informe pormenorizado de Noviembre y Diciembre de 2019.
CD con las evidencias.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E				
INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (LEY 1474/2011)				
PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL	PERIODO	NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2019	Código: 0	Fecha: Enero 23/2020
PRESENTACION				
En el comite Institucional de Control Interno, realizado en la tarde del 13 de agosto de 2019, en la sala de juntas de la Gerencia, se solicita por parte de los miembros del Comite, que este informe se debe ajustar, con las evidencias entregadas por la oficina de Talento Humano, teniendo en cuenta las observaciones del oficio de gerencia, y que una vez socializadas en la reunion de continuacion del Comite, se publique nuevamente en la pagina web del Hospital, en cumplimiento de 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 5to periodo (Marzo a Junio 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 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 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 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.				
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 induccion general, aqui 127 personas han presentado el proceso de induccion), <u>Nivel Intermedio</u> (Temas identificados y priorizados para ser incluidos en el Plan Institucional de Capacitacion, entre ellos estan lo de MIPG.Evaluacion de desempeño laboral-MIAS, Gobernanza para la Paz-Clima Organizacional-Creacion de valor publico-Contratacion estatal y Sistema de Habilitacion, <u>Nivel Especifico:</u> Necesidades institucionales de capacitacion relacionados con habilitacion.acreditacion- Res 2003 de 2014, para un total de 548 capacitados). SISTEMA DE ESTIMULOS QUE INCLUYE EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS: Adoptado mediante Res. 043 del 25 de enero de 2019, se aplico la encuesta para identificar las necesidades del sistema de estimulos donde se priorizan las siguientes necesidades: Programas deportivos (baile deportivo), programas recreativos (dia recreativo en un club o centro recreacional, el cual se realizo el 17 y 24 de mayo de 2019, con una participacion de 107 personas vinculadas a la planta del hospital y 25 afiliados participes de ASPROIN), Programas vacacionales (Santa Marta), programas artisticos y culturales (asistencia a obras de teatro), Programas de Capacitacion en artes y artesanias (clases de cocina), Actividades de intervencion del clima organizacional (actividades de desarrollo personal -inteligencia emocional-autoestima-liderazgo y comunicacion), Actividades de Intervencion de la cultura organizacional: actividades ludicas de promocion del sentido de pertenencia institucional, y Programas de prejubilacion (Desarrollo de habilidades microempresariales). 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. Segun 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 ejecucion, solo se esta pendiente la elaboracion de Plan de austeridad y Gestion ambiental. Los siguientes son los planes institucionales con los que cuenta el Hospital Universitario San Jose ESE: 1. PINAR, Plan Institucional de Archivos, 2. Plan de conservacion Documental, 3. Plan de Preservacion Digital, 4. Plan Anual de Adquisiciones, 5. PETIC: Plan Estrategico Tecnologias de Informacion y Comunicaciones, Plan de Tratamiento de Riesgos de seguridad y Privacidad de la Informacion, 6. Plan de Mantenimiento de Servicios Tecnologicos, 7. Plan Anticorrupcion y atencion al Ciudadano, 8. Plan de Bienestar y de Incentivos, 9. Plan de Prevision de Recursos Humanos, 10. Plan Institucional de Capacitación. 11. Plan Estratégico de Talento Humano, 12. Plan Anual de Vacantes, 13. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, 14. Plan de participacion ciudadana en la gestion. Se continua trabajando para integrar los planes institucionales y estratégicos, y estos una vez adoptados son publicados, en su respectiva página web.
			Ejecucion al cronograma de capacitaciones	Mediante oficio de 10 de enero de 2019, la oficina de Talento, solicita a todos los procesos, la demanda de capacitacion para el 2019, y así conformar el Plan de capacitacion, el cual fue adoptado mediante resolucion No. 042 del 25 de enero de 2019, para el cual esta basado en 3 ejes tematicos como son; Gobernanza para la Paz, Gestion del Conocimiento y Creacion de valor publico, Otras capacitaciones que se realizan son las realizadas por parte de la oficina Juridica, area de Contratacion, en cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloria Municipal en el mes de noviembre de 2018, segun auditoria a la contratacion del 2016 y 2017, la cual se viene cumpliendo de manera satisfactoria. Igualmente en la pagina web del Hospital, se encuentran 4 capacitaciones virtuales, con los diferentes modulos, como son capacitacion virtual de enfermeria, de sistemas, de seguridad del paciente y de humanizacion.

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 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 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 obstentan 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.	Según informacion entregada por la oficina de Talento, el 7 de marzo de 2019, el avance en la implementación del SIGEP en al vigencia 2018, se realizao, así: 1. Para el seguimiento se tomaron los servidores públicos vinculados al Hospital (151) al 28 de febrero de 2019. 2. Con relación a la actualización de las Hojas de Vida se llevó a cabo la consulta "Monitoreo avance Hoja de Vida", para determinar que 19 servidores públicos activos no han actualizado el formato de hoja de vida, se realizó el requerimiento al correo personal. 3. Hojas de vida de contratistas: Se solicitó la información a la Oficina Asesora Jurídica, quienes tienen asignado un usuario para este manejo. 4. Del "Monitoreo avance Hoja de Vida" con corte a 28 de febrero de 2019 se aprobaron 135 hojas de vida. 5. Queda pendiente por realizar la baja portal de 15 ex funcionarios. La oficina de Talento Humano, recuerda a todos los funcionarios que la fecha limite para diligenciar la declaracion de bienes y rentas, es hasta el 31 de julio de 2019. Según informacion entregada por Talento Humano, hasta el 1er cuatrimestre del 2019, 1. Para el seguimiento se tomaron los servidores públicos vinculados al Hospital (151) al 28 de febrero de 2019. 2. Con relación a la actualización de las Hojas de Vida se llevó a cabo la consulta "Monitoreo avance Hoja de Vida", donde se determino que un (1) servidor publico activo no ha actualizado el formato de hoja de vida, quien se encuentra en incapacidad medica, se realizó el requerimiento al correo personal. 3. Hojas de vida de contratistas: Se solicitó la información a la Oficina Asesora Jurídica, quienes tienen asignado un usuario para este manejo, y quien reporta el 13 de enero del 2020, que a la fecha se encuentran activos en la vigencia del 2019, en la plataforma SIGEP, un total de 58. 4. Del "Monitoreo avance Hoja de Vida" con corte a 28 de febrero de 2019 se aprobaron 135 hojas de vida. 5. Queda pendiente por realizar la baja portal de 15 ex funcionarios.
Cubrimiento de vacantes temporales mediante encargo..	Mediante resolucion 0244 de 2018 se promueve la creacion de empleos vacantes mediante la figura de encargo. Se analiza la creacion de los cargos del area asistencial con excepcion de los medicos especialistas, tiene un costo de \$40.607.031.869 millones este resultado se obtiene de tomar los costos de contratacion para los cargos que no se encuentran en la planta y llevarlos a un salario base que no indique aumento. Para los empleos que se encuentran en la planta se conserva el mismo salario lo que implica un aumento significativo del 300%, por lo tanto se deduce que para la viabilidad de la institucion se deben formalizar los cargos requeridos segun el estudio tecnico y que no se encuentra dentro de la planta del personal actual. En la planta de personal actual no figuran los cargos de del proceso integrado del servicio farmaceutico , instrumentacion, quirurgicas,tecnicos,tecnologos de rayos x y camilleros, al crear esta planta temporal se fortalecera los procesos misionales de de las areas de servicio farmaceutico,central de esterilizacion,cirugia -modalidad instrumentacion, departamento de enfermeria con los cargos de camilleros y el servicio de imagenes diagnosticas con sus tecnicos y tecnologos . Encargos durante el 1° semestre de 2018 segun Resolución Nro. 0279 del 1 de junio de 2018 se dispone un encargo y acto administrativo que se encuentra publicado por diez (10) días hábiles en la Intranet desde el 20 de septiembre de 2018. Por parte de la oficina de Talento Humano informa, por correo electronico del 6 de marzo de 2019, que el documento ESTUDIO DE CREACIÓN DE EMPLEOS TEMPORALES se encuentra en proceso de actualización por parte del doctor Francisco Otoya, para ser socializado con el nivel directivo de nuestra entidad,por consiguiente la información a la fecha sigue siendo la misma. Se evidencia que la oficina de Talento Humano, envia oficio a Presupuesto, a finales del 2017, para que se dispongan de los recursos para el concurso de empleos, el cual no se tuvo en cuenta, situacion que fue solicitada por la oficina de Control Interno, cuando se sustento el presupuesto de la vigencia del 2018, para lo cual se destinaron 170 millones, para proveer 48 cargos aproximadamente y para la vigencia fiscal del 2019, son 380 millones, para 88 cargos, recursos que fueron trasladados en septiembre de 2019, para el 2020 se presupuestaron 325,500,000. Por solicitud de la oficina de C.I. a la Gerencia, en donde se solicita adelantar los concursos de méritos para proveer empleos de carrera administrativa, dando cumplimiento en lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 909 de 2004 y el Decreto 051 de 2018, por lo que la oficina de Talento Humano, informa y anexa el oficio de la Comision Nacional del Servicio Civil en el mes de febrero de 2018, que los concursos para las ESES, no se realizara en el año 2018. En el mes de Noviembre de 2019, se proveen por encargo 7 cargos de salud Gr5 (empleo inmediatamente inferior) pueden acceder mediante encargo a los 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 enfermero especialista Gr1, que se encuentra en vacancia definitiva, el acto de posesion se realizo el 2 de diciembre de 2019, mediante Resoluciones de la 618 a la 624. La oficina de Talento Humano 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 modifica la Ley 909 de 2004, el decreto Ley 1567 de 1998 y la Circular Unif 20191000000117 del 29 de julio de 2019 de la CNSC.

Presentación 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, 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 realiza caminata ecológica; Programas vacacionales, programas artísticos y culturales publicado en la página WEB de la entidad www.hospitalsanjose.gov.co. En el plan de incentivos: Encargos, comisiones y traslados: mediante la resolución N° 123 del 1 de marzo de 2018, se establecieron los lineamientos para la provisión de empleos de carrera administrativa mediante encargo o nombramiento en provisionalidad y mediante la resolución N° 244 del 10 de mayo de 2018 se resuelve iniciar el proceso para proveer empleos vacantes mediante figura del encargo. Los empleos a proveer fueron: tres cargos de enfermería donde se encargaron a tres auxiliares área de la salud Gr.5, con una duración del encargo de seis meses, de igual manera dos vacantes de enfermero especialista Gr.1 donde se encargaron a dos enfermeras, los cuales cumplan con los requisitos y formación. Se promocionan los programas de vivienda ofrecidos por el Fondo Nacional del Ahorro, los Fondos de Cesantías, la Caja de Compensación Familiar COMFACAUCA u otras entidades que hagan sus veces, mediante las carteleras institucionales y se facilitan espacios para que se haga difusión de los trámites y la información pertinente. Mediante Resolución No. 710 del 9 de diciembre de 2019, se ordena el pago de un incentivo al mejor equipo de trabajo seleccionado según convocatoria realizada en la circular informativa No. 02 del 6 de marzo de 2019, adjudicado al proyecto denominado "DETERMINACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO", entregado a Sandra Bibiana Risueño Mora, como Coordinadora del Área de Nutrición, por valor de \$3,500,000. Para dar cumplimiento al Plan de Bienestar la oficina de talento humano, envía un oficio a la Jefe de Departamento de Servicios sociales de COMFACAUCA, el 18 de noviembre de 2019, con el fin de solicitar apoyo para realizar la actividad del programa deportivo "Baile Deportivo", realizado el 6 de diciembre de 4 a 6 p.m en las instalaciones del Hospital. Otra de las actividades dentro del plan de bienestar, es el paseo realizado a la ciudad de Santa Marta entre los meses de octubre y noviembre de 2019, la cual fue contratada con Vuelos y Vacaciones, se contó con una inscripción de 107 personas vinculadas a la planta de las cuales viajaron 101 personas, y de acuerdo a la información suministrada por los sindicatos asistieron 12 afiliados participes. La integración de fin de año se realizó el 14 de diciembre de 2019, con la participación del sindicato de ASPROIN, con 100 personas inscritas y 77 personas vinculadas a la planta del Hospital.
Plan estratégico de talento humano.	Mediante Resolución 041 de Enero de 2019, se adopta el plan estratégico de Talento Humano, que tiene como objeto desde la alineación de los principios organizacionales en donde se define la misión y la visión, fortalecer en lo referido al ingreso, desarrollo y evaluación del personal, al igual a las encaminadas al mejoramiento de las condiciones del ambiente de trabajo y el clima organizacional. Para la implementación de esta estrategia la entidad actualizó el plan de vacantes que permite la actualización de los empleos vacantes en la empresa, de igual manera se actualizó el plan de previsión de recursos humanos el cual permite realizar el análisis de necesidad del personal en las dependencias en relación con la planta actual y donde para lograr el objetivo se creó el plan de capacitaciones con el fin de fortalecer los conocimientos y habilidades del talento humano de la entidad. A partir de los resultados del autodiagnóstico ejecutado en el marco de MIPG, la Dependencia elaboró el Plan Estratégico de Talento Humano que integra los procesos como Selección, inducción, bienestar y estímulos, evaluación de desempeño y seguridad y salud en el trabajo, en cumplimiento de las actividades de los diferentes planes como son, el de Bienestar, Institucional de Capacitación y Anual de Vacantes Este plan se puede observar en la página WEB de la entidad www.hospitalsanjose.gov.co. En el proceso de selección, se verificó el cumplimiento de requisitos para proveer en provisionalidad dos (2) cargos de Auxiliar Administrativo Gr3 a partir del 7 y 12 noviembre de 2019.
Plan de seguridad y salud en el trabajo.	El Hospital Universitario San José E.S.E acogiendo al artículo 1 del decreto 1443 de 2014 "Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)", ha diseñado en este documento los aspectos técnicos para el desarrollo del Sistema con el fin de realizar control de los peligros a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores de la institución. Por medio del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, se pretende mejorar la calidad de vida y salud de los trabajadores y servir como instrumento para el desarrollo hacia la calidad del proceso, productividad y eficiencia de la empresa. El HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ E.S.E cuenta con un comité de convivencia laboral dando cumplimiento a lo establecido en las resoluciones 652 y 1356 de 2012, creado como medida preventiva para el acoso laboral. Sesiona de manera trimestral o en casos que requieran intervención inmediata. El comité de convivencia cuenta con un manual en donde se establecen las funciones y responsabilidades de los miembros y describe el funcionamiento del mismo. - Registro: Acta de Constitución Comité convivencia Laboral - Documento: Manual de Funciones Comité de convivencia laboral y Registro: Acta de Reunión (Actas de reuniones del Comité de convivencia laboral). Se han realizado inspecciones de Seguridad a 9 áreas del Hospital. Se ha realizado el 74,3% (52 trabajadores) de auditoría de uso de elementos de protección personal a los trabajadores de planta del área asistencial y operativa. Se realizó la gestión y diligenciamiento de la batería de diagnóstico de factores de riesgo psicosocial a todo el personal de la planta del Hospital, con el fin de establecer qué funcionarios se encuentran en un nivel alto o medio de estrés y que factores de riesgo psicosocial están afectando al trabajador. Se actualizó el Plan Hospitalario de Emergencias en cuanto al análisis de vulnerabilidad y se remitió para codificación. De los 41 trabajadores reubicados, se realizó seguimiento médico ocupacional a 41 (100%); Hasta la fecha han ocurrido 4 accidentes laborales en el personal de planta del Hospital, discriminados así: uno recreativo catalogado como grave, 2 biomecánicos y uno locativo. Estos accidentes han sido investigados y se tomaron las medidas preventivas y correctivas requeridas. En cuanto al personal contratista, hasta la fecha se han presentado 69 accidentes laborales, los cuales han sido investigados por el sindicato correspondiente, pues de acuerdo a la normatividad cada empresa debe realizar la correspondiente investigación. Para la vigencia 2019 se planearon 3 simulacros, realizados el 25 de abril de 2019, cuyo evento fue de sismo, el 25 de Julio de 2019 con temática de incendio, y el simulacro de evacuación programado a nivel nacional para el 2 de octubre de 2019. Se han gestionado reubicación laboral para 7 funcionarios de planta que lo han requerido por recomendación de su médico tratante de la EPS o ARL, cumpliendo con el 100%. Las reubicaciones realizadas en Coordinación de Enfermería obedecen a implementación de un área de Educación ordenada por la administración del Hospital. Se han realizado 67 valoraciones médicas ocupacionales equivalentes al 43% del personal que inició de planta desde enero de 2019. Se encuentran pendientes la realización de 85 valoraciones equivalentes al 57%, las cuales se culminarán en el mes de 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 Jose 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, 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. La oficina de Talento Humano hizo seguimiento al proceso de evaluación del desempeño laboral.
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. A la fecha la oficina de Talento Humano esta actualizando el procedimiento de Inducción en el Hospital cuyo objetivo es "Favorecer el proceso de adaptación del nuevo colaborador en relación a los aspectos generales de la Institución" Se establecieron dos modalidades: La modalidad presencial, por medio de la cual se socializan los temas establecidos mediante estrategias pedagógicas breves que permiten una mayor adherencia a los procesos institucionales; y de la modalidad virtual mediante la evaluación de los temas vistos, a través del aplicativo "Gestión del Talento Humano" intranet esto se hace cada vez que ingrese el funcionario a la entidad, cuentan con un cronograma anual de inducción general 2019. El plan de reinducción según el art.64 de la Ley 190 de 1995 establece que las entidades públicas tendrán además de la del proceso de inducción el de reinducción este plan de reinducción debe impartirse para todos los empleados, se debe realizar como mínimo cada dos años o cuando la institución enfrente cambios en sus procesos. LA última inducción general se realizó el 10 de diciembre de 2019, con 22 participantes. La Médico Especialista Gr.1 de la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo ha participado en el proceso de inducción general en 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. Se realizó Jornada de Inducción y Reinducción Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, de Octubre 1, al 3 de 2019, con los siguientes temas: Generalidades sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, Política del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en el HUSJ, Plan de emergencias – comité hospitalario de emergencias Bioseguridad, Prevención de fatiga y estrés laboral, buen trato, Política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el HUSJ, Política gestión ambiental: objetivos, lineamientos y residuos hospitalarios, Asistentes: 747 trabajadores (planta y contrato).
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 intervenir 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: Ginecología, 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, tesorería, 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. Se realizó taller "Escuela de líderes" cuyo objetivo principal es: Fomentar en los líderes y coordinadores de las áreas asistenciales y administrativas del Hospital Universitario San José De Popayán E.S.E las competencias de liderazgo. Se realizó durante 4 sesiones, igualmente se llevaron a cabo 8 sesiones de taller "Habilidades para la Vida" dirigida al grupo de educación del área de coordinación de enfermería. DIAGNÓSTICO DE CLIMA ORGANIZACIONAL: Se realizó diagnóstico de clima organizacional de la vigencia 2019 con los siguientes resultados: La población que realizó la encuesta fue de 1237 funcionarios equivalentes al 76% de la población total. Los resultados de las variables son: 1. Orientación Organizacional: 90%, 2. Gestión del Talento Humano: 79%, 3. Estilos de dirección: 91%, 4. Comunicación e Integración: 87%, 5. Trabajo en equipo: 91%, 6, Capacidad Profesional: 97%, 7. Medio Ambiente Físico: 89% Y 8. Satisfacción Laboral: 93%. Los resultados del diagnóstico de clima organizacional se socializaron a todos los funcionarios de las diferentes áreas del Hospital por medio magnético y desde el mes de enero de 2020 se realizarán sesiones breves por áreas informando el resultado y el plan de trabajo para la vigencia en cuanto a mejoramiento del clima organizacional. Durante el 2019, se entrega documento con el estudio diagnostico Clima Organizacional, con la respectiva socialización. Se realizó inspección y procesos de mantenimiento a las medidas de control de ingeniería implementadas, en intervención de peligros como 1. Medición del ruido, 2. medición ambiental de radiaciones ionizantes, 3. Auditaje uso EPP, 4. Seguimiento trabajadores con DME, 5. Investigación Accidentes Laborales, 6. Reubicación laboral.

Subgerencia Administrativa Jefe Talento Humano	Integridad	Codigo de integridad.	Implementación del código de integridad institucional Mediante la Resolución N°310 de junio 18 de 2018, por la cual se 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.hospitalsanjose.gov.co . Por parte de la oficina de Control Interno, se recomendó a la oficina de Talento Humano, que para cada vigencia fiscal se haga una socialización masiva del Código de Integralidad, como se hace con el Código de Ética, realizado por la Dra Yolanda Botero, Coordinadora del área de Ética Médica, teniendo en cuenta que cuando la oficina de C.I., solicita la evidencia de la socialización, la oficina de T.H., envía el pantallazo donde se envía a todos los correos institucionales la resolución 310, al igual que el pantallazo de la autorización para la publicación en INTRANET, a lo cual se recomendó que esta socialización se realice en conjunto con la que realiza la Dra Yolanda Botero, del Código de ética, para que sea más personalizado. 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 partícipes, 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 partícipes.
		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, posteriormente por instrucciones de la Gerencia se establece la formulación de planes de acción por proceso, planes de acción que se suscribieron para iniciar actividades a partir de junio, las actividades se suscribieron para ser ejecutadas en el segundo semestre de la vigencia hasta el 31 de diciembre de 2019 y su seguimiento y evaluación se acordó realizar en enero de 2020 con corte a diciembre de 2019. Para la vigencia 2019 la Institución mediante acuerdo de Junta de Directiva No. 04 de 22 de enero de 2019 adoptó el plan de acción Institucional para la vigencia. En junio de este año se suscribieron 51 planes de acción por proceso los cuales se deben ejecutar hasta el 31 de diciembre de la vigencia, su seguimiento y evaluación está planteado realizar a 31 de enero de 2020, una vez los coordinadores de procesos reúnan la evidencias del cumplimiento de las acciones en ellos planteadas. A la fecha se está ejecutando la evaluación de los planes de acuerdo a la entrega de las evidencias por parte de los coordinadores de los mismos.
		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. El Hospital después de ser catalogado en riesgo financiero en el año 2013, venía cumpliendo con la ejecución del Programa de Gestión Integral del Riesgo, el cual fue adoptado por Junta Directiva mediante acta del 26 de abril de 2015 y acuerdo No.06 del 27 de abril de 2015. Actualmente, por no encontrarse en riesgo financiero y teniendo en cuenta las disposiciones de la SUPERSALUD, la ejecución de dicho programa dejó de realizarse. Teniendo en cuenta que por disposición de Junta se adoptó el programa, se recomienda entonces que por igual mecanismo se de por terminada su ejecución
		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 fecha de corte 31 de diciembre de 2019, se ha realizado una inversión de 2,386 millones de pesos en lo referente a la infraestructura de varias áreas asistenciales que permitirá avanzar en una mejor atención y dar apertura a nuevos servicios entre ellas están: 1- En el servicio de Hospitalización 4 piso se realizó obra para cumplir con las condiciones de habilitación según resolución 2003 de 2014 y dar apertura al servicio de hospitalización medicina prepagada. 2- Adecuación de Zona de Ropas y de juegos infantiles en el patio de pediatria y la construcción de una cubierta frente a la entrada principal del Hospital dentro del marco del proyecto de humanización. 3- 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. 4. Obras para cumplir las condiciones de habilitación según resolución 2003 de 2014 en los servicios de Central de Esterilización, Diagnóstico Cardiovascular, Unidad Mental, Farmacia. 5. Fabricación, entrega, instalación y puesta en funcionamiento de sistemas de aire especializado para las áreas de aislado cuidado pediátrico, ajuste del sistema de aire de tomografía y equipos de aire para la farmacia satélite de cirugía del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. 6. Adecuación de la infraestructura para el servicio de Angiografía y Hemodinamia del Hospital Universitario San José. 7. Mejoramiento de la infraestructura de los servicios Servicio transfusional, Banco de Sangre, Patología, Toma de muestras, Laboratorio en áreas de cumplir las condiciones de la normatividad Retie según lo requiere la Resolución 2003 del 2014. 8. Construcción e instalación de la red de gas natural certificada para la calderas, cocina y banco de leche con el fin de reducir el impacto ambiental por emisión de gases contaminantes por parte del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. Informe enviado por la Ing Ana Maria Lopez de Mantenimiento el 21 de enero de 2020 al correo de gescontrol, con las evidencias.

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, lo cual no fue posible, ya que según información entregada por el Jefe de Planeación, Omar Solano, el día 22 de enero de 2020, la gerente, no acogió esta recomendación, por lo cual los indicadores financieros, seguirán en manos de la Coordinación de Calidad. 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, 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. A la fecha están subidos en la página del HUSJ, los correspondientes al primer semestre de 2019, a la fecha, enero 23 de 2020, están en proceso de consolidación los indicadores de las 408 del 2018 y 256 de 2017, por lo cual la oficina de control interno, entregará el informe de seguimiento en el mes de febrero de 2020.
Formulación del Plan Anual de Adquisiciones PAA, para la vigencia 2019, el cual contiene las adquisiciones de bienes y servicios que requiera una entidad, con cargo a los presupuestos de funcionamiento y de inversión.	Mediante Circular 0107-02-2018, las oficinas de Planeación y de Almacén con el apoyo de la oficina de Control Interno, solicitaron a todas las áreas diligenciar el formato del Plan Anual de Adquisiciones para el 2019, el cual fue aprobado mediante Resolución 016 del 14 de enero de 2019 por un valor de \$140,717,579,430, publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP, según lo dispuesto en el Artículo 06 decreto 1510/2013 el cual se puede consultar a través de la página Institucional www.hospitalsanjose.gov.co Para la vigencia 2019 el proceso de gestión administrativa continúa trabajando en recopilar la información y de esta forma consolidar el plan anual de Adquisiciones correspondiente para el siguiente periodo. Mediante acuerdo 0015 del 28 de noviembre de 2019, se aprueba el presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia fiscal del 2020, con un total de ingresos proyectados de \$154,774,848,844 y con un presupuesto de gastos de funcionamiento por \$151,611,479,110 y de inversión por \$3,163,369,734.
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 a los responsables de los mismos, la socialización, asesoría, revisión y ajuste se realizó el 30 de mayo de 2019, cuya acta se anexa, 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 realizará en julio de 2019 y en enero de 2020. 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. Como estaba planteado, la Oficina de planeación a la fecha se encuentra evaluando la ejecución de los mapas de riesgos planteados para esta vigencia
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. Para el 2019, de los procesos misionales se identificaron 61 riesgos, de los cuales 26 tienen riesgo inherente inaceptables y con los controles quedaron 7 en riesgo residual. Para el caso de los procesos de apoyo se identificaron 16 riesgos, de los cuales 14 tienen riesgo inherente inaceptables y con los controles quedaron 5 en riesgo residual. Para el caso de los procesos de apoyo se identificaron 74 riesgos, de los cuales 33 tienen riesgo inherente inaceptables y con los controles quedaron 8 en riesgo residual. En conclusión, se tienen 20 riesgos inaceptables residuales los cuales deben seguirse gestionando en su mitigación, 40 riesgos importantes, 75 moderados y 16 tolerables, para un total de 151 riesgos entre los procesos administrativos y asistenciales.

Dirección Estrategia y Planeación	Salud ocupacional Comunicaciones Control Interno Sistemas Archivo Estadística Gestión Documental Gestión ambiental Presupuesto	Dirección amiento y Planeación	Eventos adversos asistenciales en el programa de seguridad del paciente seguimiento y cumplimiento.	En cuanto al programa de seguridad del paciente se realiza resolución de adopción de paquetes instruccionales de seguridad del paciente y se procede a eliminar de la gestión documental los procedimientos relacionados con los lineamientos de la política. De acuerdo a las recomendaciones de la última visita de la SSDC se realiza actualización del PAMEC incluyendo actividades más allá de los estándares de habilitación como fue la realización del primer encuentro regional de seguridad del paciente el cual estuvo dirigido a los niveles de atención primario y complementario para así lograr la articulación en el proceso de seguridad del paciente implementado en la institución. En el primer trimestre del 2019, se observa que de los reportes de eventos adversos, El primer lugar es por flebitis con 93 casos que equivale a 46.2%, en el segundo lugar úlceras por presión 31 (15.4%), tercer lugar Caídas con 30 (14.9%), cuarto lugar auto retiros, 25 (12.4%), quinto lugar problemas de salud por no recibir un medicamento que se necesitaba 11,(5.4), sexto lugar Fugas 5 (2.4%), séptimo lugar IAAS 4 (1.9), se trabajara en el programa 0 flebitis Para mitigar los daños a los pacientes relacionados con los eventos más frecuentes, se realizan talleres teóricos prácticos en barreras y prácticas seguras, Autorondas y rondas de seguridad. En vista que continua la flebitis como primera causa de eventos clínicos reportados, se sugiere desde seguridad del paciente la implementación de un equipo para manejo exclusivo de los catéteres periféricos y la implementación del uso de el catéter central de inserción periférica, el cual tiene menor relación con la aparición de flebitis. Según informe enviado por Calidad el 20 de enero de 2020, donde se informa que: En el mes de diciembre de 2019 se realiza la medición de la cultura de seguridad del paciente para los colaboradores asistenciales del HUSJ ESE con la participación de 1038 personas correspondientes al 83%. En cuanto a eventos adversos se informa que se presentaron 2085 reportes de eventos clínicos, de los cuales se gestionaron 1987, de los cuales se reportaron un total de 356 Úlceras por presión, reporte de eventos relacionados con medicamentos 782 y caídas 131. Hasta el momento no se cuenta con líder del proceso de internación general adultos, por lo cual se afecta la gestión y seguimiento de los eventos clínicos. En el IV trimestre NO se presentaron eventos centinela.
			Atención al Usuario -SIAU- Satisfacción al usuario.	El Hospital, tiene una oficina de atención al usuario (SIAU), donde se garantiza el sist de inf y atención a los usuarios a través de una atención personalizada, cuenta con una línea telefónica abierta con atención permanente de 24 horas la 018000415195. Se cuenta con 10 buzones para la recepción de las PQRS, se esta trabajando para la implementación de un buzón en cuidados intermedios y otro en medico quirúrgicas sala 1 y 2. La apertura de los buzones se realiza los martes y viernes y lo realiza la coordinadora del área, una auxiliar de enfermería, un 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 extensión 202. -Correo institucional: siau@hospitalsanjose.gov.co. -Buzones de sugerencias ubicados en cada uno de los 3 pisos de la institución. -La pagina web de la institución cuenta con un link para el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción y para PQRS. En el primer semestre de 2109, según infrmacion suministrada por la oficina del SIAU, y corroborada por la oficina de C.I, mediante informes trimestrales, en las PQRSF, se presentaron 130 quejas, equivalente a un 24%, sugerencias 53 a un 10%, y felicitaciones 352, a un 66% por los cuales se realizaon 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 mejoro 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 mejoro cabe resaltar que se realizaron 4.320 encuestas de satisfacción, se brindo 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 para lograr un objetivo y poder evaluar la mejora continua del proceso, por ende las recomendaciones son: 1. Análisis del cambio del formato de plan de mejora de la contraloría 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 Comite de Coordinacion de Control Interno, derogando asi 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 entraria 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 socializacion. teniendo en cuenta que en estos actos administrativos se definen claramente las funciones de cada uno de los miembros del Comite, asi como las funciones. En el mes de enero de 2019, hubo cambios del personal que habia recibido las capacitaciones sobre la implementacion 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 Planeacion 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 Comite Institucional de Gestion y Desempeño y entregado en el mes de Mayo de 2019, para determinar los planes de accion a implementar, en donde cada uno de los responsables determinaron las acciones, y los plazos para su cumplimiento. El FURAG arrojo como resultado un Indice 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 la Gestión. A la fecha de las 17 políticas determinadas en el MIPG, todas se encuentran documentadas, 16 adoptadas por acto administrativo y publicadas en intranet. Está pendiente la adopción de la política de eficiencia presupuestal y gasto público. Las politica institucioanles se encuentran publicadas en el siguiente link institucional: http://optimus/vulcano/?page_id=796#elf_l1_UG9saXRpY2ZlEluc3RpdHVjaW9uYWxlcw.
Mejora en reuniones realizadas por el proceso de atencion al usuario con la liga de usuarios y veedores.	La Oficina de Sistema de Atención al usuario realizó seis (6) reuniones durante el primer semestre de 2019 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. La asociacion de usuarios realiza reuniones mensuales de acuerdo al cronogram,a establecido donde se analizan las inconformidades mas recurrentes y al mismo tiempo las socializan y dan sugerencias para el mejoramiento de los servicios,igualmente las solicitudes hechas a la alta gerencia han tenido eco,como es la instalacion de los nuevos ascensores,la rampla de consulta externa,modernizacion de la entrada principal y sistematización lo que ha permitido el ingreso más seguro y humanizado,en el servicio de urgencia adecuación de los cubiculos,aire acondicionado y dotacion de camillas (sillas comodas). la asociacion participa activamente en la apertura de buzones de PQRSF ,igualmente realizan veedurias con su respectiva acta cumpliendo con la normatividad vigente.
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, segun informe de avance en el cumplimiento de las actividades del PAMEC, segun informe enviado el 20 de enero de 2020, del IV trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento del 92% que corresponde a 8 actividades, que son de : Gerencia con 31 actividades, con un cumplimiento del 81% (25 actividades cumplidas, 2 en desarrollo y 4 atrasadas), Direccionamiento con 39 actividades, con un avance del 87% (con 34 actividades cumplidas, 2 en desarrollo y 3 atrasadas), Ciente Asistencial con 84 actividades, con un avance del 93% (con 78 actividades cumplidas, 1 en desarrollo y 5 atrasadas) , Tecnologia con 23 actividades, con un avance del 96% (con 22 actividades cumplidas, 1 en desarrollo y 0 atrasadas), Información con 37 actividades, con un avance del 92% (con 34 actividades cumplidas, 1 en desarrollo y 2 atrasadas), Ambiente físico con 39 actividades, con un avance del 97% (con 38 actividades cumplidas, 1 en desarrollo y 0 atrasadas) , Mejoramiento de la Calidad con 39 actividades, con un avance del 100% (con 16 actividades cumplidas), y Talento Humano con 41 actividades, con un avance del 95% (con 39 actividades cumplidas, 1 en desarrollo y 1 atrasadas). Se continua avanzando para el fortalecimiento de la entidad. Segun la visita por la parte de la secretaria de Salud departamental, el 18 de noviembre de 2019, donde certifico 17 servicios, mas los 17 servicios certificados en el 2018, en total a 2019, se certificaron 34 servicios, con 314 camas, con la apertura del 4to piso, quienes establecieron las siguientes observaciones: Talento Humano, Infraestructura, Dotacion, medicamentos, Procesos prioritarios e Historia Clinica.
Indicador austeridad en el gasto público y eficiencia en los recursos.	Mensualmente el proceso de presupuesto elabora el indicador de seguimiento el cual es socializado en los comités financieros. A 31 de agosto de 2018 el Hospital se encuentra categorizado "con riesgo bajo, 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 ultimo trimestre del 2017-2018, y los informes de los trimestres 1 al 3 del 2018-2019, donde se presento 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.

Planeación Control Interno	Gestión Plan Anticorrupción.	Plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano.	La entidad cuenta con un Plan Anticorrupción adoptado mediante Resolución 096 del 15 de febrero del 2018 , por medio de la cual se ajusta el plan anticorrupción y de atención al ciudadano, socializado y divulgado mediante mecanismos como página web del hospital, correos institucionales, en donde la oficina asesora de planeación, lo implementa y la oficina de control interno, realiza la verificación 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 realizó la revisión del 2018, solicita a la oficina de Planeación que realizara un ajuste al PAAC para el 2019, teniendo en cuenta el MIPG, como así lo hizo y lo presentó 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 página web del Hospital. La metodología utilizada para su construcción fue con base en los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, reglamentado por el Decreto 2641 de 2012 y conforme a los nuevos lineamientos definidos en el Decreto 124 de 2016, según el documento ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VERSION 2 Y LA GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, se desarrollaran las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano en la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE. La Oficina de planeación realizó la recopilación de las evidencias de los tres cuatrimestres del 2019 y la Oficina de Control interno hizo la evaluación final del PAYAC presentando un resultado final del 99% de cumplimiento, enviado el 13 de enero de 2020 y publicado el 16 de enero de 2020, Los resultados de la evaluación al cumplimiento del PAYAC se encuentran publicados en el página web: _ hospital https://www.hospitalsanjose.gov.co/
		Acciones para mitigar los riesgos del mapa del plan anticorrupción	En materia de riesgos, la entidad ha venido trabajando para que el tema sea gestionado de manera continua, al interior de todos los procesos y dentro del que hacer institucional de manera cotidiana. Esto, en parte se puede observar en los instrumentos que para este tema se han configurado dentro de la estructura que soporta la gestión, en este caso, políticas de operación, procesos y procedimientos, y mapa de riesgos. Respecto al Control de los riesgos, el área de Planeación informó en el presente seguimiento, sobre la revisión y actualización de estos, incluyendo para ello el diseño del control (Responsable, objetivo, frecuencia, cómo se lleva a cabo el control, entre otros.), ejecución de los controles definidos para los procesos, y en general lo relacionado con los controles, incluido lo que pasa con las desviaciones y/o excepciones. Se solicitó a la oficina de Planeación que se realizara un ajuste al plan anticorrupción y atención al ciudadano para el 2019, teniendo en cuenta el nuevo modelo integrado de planeación y gestión -MIPG-. Durante el último trimestre de 2019 la Oficina de planeación revisó y actualizó el mapa de riesgos de corrupción en el marco de la metodología definida por el DAFP, estableciendo 12 riesgos de corrupción para hacerle seguimiento y estableciendo 15 controles para mitigar y hacer gestión de dichos riesgos, se espera mitigar 5 riesgos inherentes en zona extrema y con los controles establecidos se espera que el riesgo residual no queden en zona extrema.
	Gestión Presupuestal	El jefe de presupuesto o quien haga sus veces, es quien expide el Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP a través del Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF Nación	El certificado de disponibilidad es expedido por el jefe de presupuesto o quien haga sus veces, CDP que es expedido en la plataforma DGH - Módulo de Presupuesto, se recomienda por parte de la oficina de Control Interno, que los CDP, tengan una vigencia de máximo 3 meses, sino se liberan los recursos para darle continuidad y agilidad a la ejecución del presupuesto. Según auditoría realizada por la Contraloría del área Financiera- Presupuesto de la vigencia del 2018, quedó 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 al 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 suscribió el plan de mejoramiento cuya acción correctiva se estableció en, "Revisión 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. Se anexa el plan anual de adquisiciones ejecutado a 31 de diciembre del 2019, enviado por la Sub Gerencia Administrativa el 20 de enero de 2020. El 24 de septiembre de 2019, se adoptan dos (2) procedimientos, uno de ejecución presupuestal de ingresos y dos el correspondiente a gastos. El 10 de septiembre la oficina de planeación, cita a reunión para determinar los lineamientos de formulación 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 aprobación y adopción mediante Acuerdo 015 de noviembre de 2019.
		Política de Participación Ciudadana.	La política de participación ciudadana se está trabajando para su implementación de acuerdo a los lineamientos de MIPG. En la entidad a través del área de comunicaciones se realizan diferentes ejercicios de participación ciudadana como rendición de cuentas, liga de usuarios, reuniones con junta directiva, actividades de responsabilidad social entre otros la cual se verifica en la página institucional www.hospitalsanjose.gov.co .
	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 página institucional www.hospitalsanjose.gov.co En el comité Institucional de Gestión 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 información del contenido de la página web, y que el proceso de sistemas de información se encargara de toda la parte del soporte técnico. Es necesario que se integren los medios de comunicación, la gestión documental y los sistemas de información, con el fin de brindar y promover dentro de la entidad la participación ciudadana y los grupos de valor, para una óptima prestación del servicio. En el segundo semestre del 2019, se desarrolla el plan de comunicaciones, y mediante Res 418 de julio de 2019, se adopta la política de gestión de tecnología

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	El Hospital Universitario San Jose ESE, realizo el proceso de rendición de cuenta el pasado 29 de marzo de 2019, en el auditorio de la Alcaldía de Popayan, en donde presento el informe de gestion correspondiente al 2018, a cargo de la Sra Gerente Derlin Delgado Rodriguez, cuyos temas tratados fueron: 1. Direccionamiento Estrategico 2. Identidad corporativa 3. Riesgo financiero 4. Cumplimiento de Metas (Plan de accion 2018, Apertura de nuevos servicios, y Adecuacion de servicios) 5. Gestion en el marco del sistema obligatorio de garantia de la calidad. 6. Gestion para el desarrollo del Talento Humano. 7. gestion de Contratacion. 8. Gestion de Inversion en infraestructura y equipos. 9. Gestion para alcanzar la estabilidad financiera. 10. Gestion en Produccion de Servicios. 11. Gestion de PQRSF y 12. Preguntas. Se adelanto la difusion mediante la emisora Popayan Estereo y páginas web de medios de comunicacion. Se conto con la participacion de 203 personas y se facilitaron los espacios de intervencion durante la audiencia publica y los asistentes de la audiencia publica realizaron la evaluacion de la misma a traves de la encuesta establecida para ello. Las recomendaciones presentadas por la oficina de comunicaciones y de planeacion son encaminadas a fortalecer el proceso de participacion ciudadana en la formulacion de la audiencia de rendicion de la cuenta de gestion y la participacion activa de cada uno de los procesos asistenciales y administrativos. Mediante acuerdo 05 de marzo 19 de 2019, se evalua el cumplimiento del plan de gestion de la gerente de la vigencia 2018, por parte de la junta directiva, bajo la resolucion 408 de 2018. Se ha determinado la fecha del 5 de marzo de 2020, a partir de las 9 a.m. en el auditoria Antonio Jose Lemus, de la Facultad de Medicina, para la rendicion de cuentas de los 4 años de la Gerencia, del plan de desarrollo suscrito.
		Gobierno Digital	Ventanilla unica de correspondencia (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos) Le entidad cuenta con un procedimiento de la ventanilla unica de correspondencia en donde se recibe ,recepiona y unifica la informacion interna y externa, toda informacion oficial se debe radicar por ventanilla, la correspondencia recibida es debidamente abierta y revisada para su clasificacion, escaneo y tramite, la correspondencia se archiva electronicamente de acuerdo a la estructura de las tablas de retencion documental de la entidad, por cada comunicacion recibida se diligencian los datos requeridos por el software de gestion DOCUNET, el cual arroja el estiker con el numero de radicacion. Cada año automaticamente el software reiniciara la numeracion desde el digito uno. El horario y atencion al publico interno y externo es de lunes a viernes en el horario de oficina de 8:00 a 12:00 am y de 2:00 a 6:00 pm. A principios de año el Proceso de Gestion Documental envia el cronograma para la entrega de las transferencias documentales. Dentro del Plan General de Auditorias, aprobado por el comite Institucional de Control Interno, se establecio realizar la auditoria de este proceso el cual se inicio en el mes de octubre de 2018 y se termino con la suscripcion del respectivo plan de mejoramiento individual, del cual se hizo el seguimiento con un avance del 79%, por lo cual se amplia el plazo hasta el 1er trimestre de 2020. Segun requerimiento de la oficina de archivo del Departamento, es necesario la actualizacion de las tablas de retencion documental, procedimiento que a la fecha se esta realizando, igualmente la Gerencia asigno para el presupuesto del año 2020, recursos para la actualizacion de las tablas de retencion documental.
			Política de seguridad y privacidad de la información. La entidad cuenta en su estructura con un proceso para las comunicaciones tanto internas como externas, el cual mantiene una dinámica permanente de entrega de información sobre el que hacer institucional, a través de los distintos medios dispuestos para este propósito, siendo su portal web www.hospitalsanjose.gov.co uno de los más importantes. La disposición de los medios de comunicación para sus comunicaciones y espacios de información, va desde la intranet y página web institucional, donde cotidianamente se publican las novedades y aspectos relevantes de la gestión institucional, hasta los encuentros mensuales de la Gerencia con toda la organización, pasando por boletines varios entre ellos el externo, mensajes a través del correo interno, comités, y disposiciones como reuniones internas de las áreas, particularmente para la socialización de los Comités de Dirección, se continua trabajando para la creacion y adopcion de la politica de seguridad de la informacion. En el segundo semestre del 2019, se desarrolla el plan de comunicaciones, y mediante Res 418 de julio de 2019, se adopta la politica de gestion de tecnologia
		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. Mediante Resolucion 0326 de Junio de 2019, se ajusta el reglamento del Comité de Conciliación y defensa judicial del Hospital Universitario San Jose, de conformidad con lo dispuesto en el decreto nacional 1069 de del 2015 y el decreto 1167 del 2016, y en los distintos comites de conciliacion se ha insistido mucho a los abogados externos en la realizacion de las acciones de repeticion, siguiendo los procedimientos administrativos del caso, y las directrices impartidas por la Procuraduria,

Evaluación de Resultados	Calidad Planeación Sistemas- Control Interno	Seguimiento o y evaluación del Desempeño Institucional	Indicadores validados que brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados	Existen avances importantes en este elemento, se estableció el tablero de indicadores el cual permite medir con mayor precisión la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión. La entidad debe reforzar la pertinencia, la 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 institucionales, en el informe del IV trimestre de 2019, como son: Durante la vigencia 2019 se evidencian opciones de oportunidades de mejora con el fin de optimizar el proceso para la captura, seguimiento, reporte, análisis socialización y publicación de indicadores de los servicios del hospital, tanto asistenciales como administrativos. mejora se evidencia que: - Se cuenta con múltiples fuentes de información. - Aun se cuenta con el seguimiento a indicadores en Excel. - No se cuenta con información de para alimentación de indicadores de manera oportuna. - Carencia de análisis de indicadores. Por tal motivo se generan propuestas como: - Posibilidad de realizar enlace de dinámica gerencial con aplicativo DARUMA, teniendo en cuenta que los indicadores mayormente salen del aplicativo DGH principalmente, de tal manera que los indicadores se puedan consultar en todo momento y estén disponibles.- Unificar las fuentes de información, de tal manera que se realice el reporte de los indicadores desde una sola fuente. - Realizar socialización a coordinadores de la manera adecuada de realizar análisis de indicadores con el fin de publicar los indicadores de manera oportuna y con análisis fáciles de entender por todo el personal. Según correo electrónico de la Jefe Jessica Valencia del día 21 de enero de 2020, informa que "Asimismo, me permito notificar que teniendo en cuenta que Estadística reportó los datos para los indicadores asistenciales el día 13 de enero, con el proceso de Planeación se acordó que el día para entregar el informe de la Resolución 408 IV trimestre es el 30 de enero de 2020. Por lo tanto, aún nos encontramos en el proceso de recepción de información para consolidación del informe".													
			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 suscribirse se realiza una mesa de trabajo o consolidación para que la información sea fiable y conciliada con las distintas áreas. La Subgerencia Científica realiza reuniones periódicas de seguimiento a los indicadores asistenciales, de igual manera en Comité financiero se realiza el seguimiento a los principales indicadores financieros de la Institución.													
			Se cuentan con encuestas de satisfacción del ciudadano.	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En el 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 apoya la solución a las necesidades de los usuarios. En el cuarto trimestre se realizaron 370 encuestas mensuales de satisfacción de las cuales se realiza el indicador según la resolución 256 de las cuales se obtuvo un porcentaje de satisfacción global del 97%, evidenciando el mejoramiento continuo lo cual permite estar por encima de la meta propuesta, cabe anotar que los servicios donde se presenta inconformidad en el momento de realizar la encuesta son los servicios de urgencias y consulta externa por ser los más vulnerables debido a la diversidad de población que se atiende. En el análisis que se realiza al indicador se proponen acciones de mejora frente a la atención que se debe brindar haciendo un llamado haya vocación , compromiso ,humanización y sentido de pertenencia .													
			Porcentajes autodiagnósticos y planes de acción MIPG	En el mes de marzo de 2019, se diligenció la encuesta del FURAG II, cuyo resultado se entregó por parte del DAFP, en el mes de abril, información que fue analizada y socializada por la oficina de planeación, en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del mes de Junio de 2019. Este resultado es la base para suscribir los planes de acción de MIPG, teniendo en cuenta también los autodiagnósticos, reportados y actualizados en el primer semestre de 2019. La oficina de Planeación suscribió compromisos con cada uno de los responsables de los planes de acción de MIPG, los cuales quedaron estipulados así: <table><tr><td>Autodiagnóstico</td><td>Plan de acción</td></tr><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>Evaluación Institucional</td><td>3</td></tr><tr><td>Rendición de Cuentas</td><td>6</td></tr><tr><td>Control interno</td><td>8</td></tr></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. A la fecha la Oficina de Planeación está recopilando las evidencias de cumplimiento de las 57 acciones priorizadas en los planes de acción con el fin de determinar el grado de desarrollo en la implementación del modelo. Para agilizar el cumplimiento de éstas acciones, las cuales dependían principalmente del desarrollo del portal web la Institución suscribió el 3 de diciembre de 2019 el convenio de adición al contrato de cuenta bancaria con el Banco de occidente para el desarrollo del portal web, con el fin de implementar gobierno en línea: trámites, información al usuario y lo establecido en el índice de transparencia institucional.	Autodiagnóstico	Plan de acción	Código de Integridad	7	Direccionamiento estratégico y planeación	4	Defensa jurídica	26	Servicio al ciudadano	3	Evaluación Institucional	3	Rendición de Cuentas
Autodiagnóstico	Plan de acción																
Código de Integridad	7																
Direccionamiento estratégico y planeación	4																
Defensa jurídica	26																
Servicio al ciudadano	3																
Evaluación Institucional	3																
Rendición 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 trimestre del año 2019 la satisfacción fue del 96% cumpliendo con la meta propuesta. En el segundo trimestre del año 2019 la satisfacción fue del 100% quedando por encima de la meta propuesta. En el tercer trimestre del año 2019 la satisfacción del servicio alcanza un porcentaje del 99% mejorando, cumpliendo y permaneciendo por encima de 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 que el área del SIAU en aras del mejoramiento continuo realiza actividades diarias como: Divulgación de deberes y derechos educación y atención personalizada, y dando solución a las necesidades de los usuarios. Para el segundo trimestre se logra que la satisfacción permanezca por encima de la meta propuesta y comparado con el trimestre anterior mejoro; evidenciando el agrado de los usuarios frente a la atención brindada, igualmente que la institución esta trabajando en brindar educación y atención 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 satisfacción frente a la atención brindada es del agrado de los usuarios y que sus expectativas a continuar solicitando, atención en nuestra institución. En el cuarto trimestre se presentaron 137 inconformidades y fueron contestadas por los coordinadores del servicio con su respectivo plan de mejora 41 y que equivalen a 130 % de las inconformidades, frente este resultado se evidencia la falta de compromiso, sentido de pertenencia se debe dar la importancia al proceso ya que la respuesta y la acción de mejora son importantes para el servicio y la institución y se estaría cumpliendo con la normatividad vigente. se sugiere que los sindicatos participen de los procesos asuman el compromiso con sus asociados y ante las situaciones presentadas tomen las acciones correctivas.
		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. A la fecha la Institución adelanta la construcción de su portal web, a través del cual se busca facilitar a los usuarios la realización de algunos trámites como: asignación de cita medica, facturación de algunos procedimientos, obtención de certificaciones.
		Gestion Documental	Programa de Gestión Documental de la entidad
		En la pagina web oficial de la Entidad en la sección "Transparencia y Acceso a la Información Pública" se encuentra información, localización física, horarios y días de atención al público, del Hospital.	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 recursos físicos, técnicos, tecnológicos, 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 a partir de la fecha de su aprobación, el cual plantea una serie de acciones encaminadas al manejo eficiente y eficaz de la información 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 disminución de consumo de papel en la institución, Implementar herramientas de tecnología dentro de la Gestión Documental. El proceso de Gestion Documental además cuenta con procedimientos de Consulta y Prestamo de documentos, procedimiento de Limpieza y desinfección de depósitos de Archivo, Manual de transferencias documentales y procedimiento para la racionalización 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 prestación del servicio por el hospital y de los procesos de gestion documental que deben asumir las dependencias es necesario adoptar la normatividad interna para establecer el procedimiento para la producción, recepción, radicación, direccionamiento, registro, entrega, distribución, seguimiento, conservación y consulta de documentos en general, el área de Gestión Documental precisó que esta herramienta se está trabajando de acuerdo al modelo de MIPG. Dentro del Plan General de Auditorías del 2018, la oficina de Control Interno realizó entre octubre y diciembre de 2018, la auditoría al Proceso de Gestion Documental en donde se establecieron 4 acciones correctivas dentro del plan de mejoramiento suscrito, que consisten en: 1. Reubicación del archivo central(Se elabora informe de estado actual de las instalaciones de Archivo central, donde se identifican los riesgos de pérdida de información, y fue presentado al comité de Archivo Institucional para toma de decisiones) 2. Actualización del programa de gestion documental, (el PGD fue actualizado y adoptado el 30 de octubre de 2019) 3. Actualización del listado maestro de series y subseries documentales y de esta manera ajustar y actualizar las Tablas de retención Documental TRD, siguiendo la actualización del mapa de procesos y el organigrama de la entidad(se adiciono el rubro para contratación en actualización de TRD en el Plan Anual de Adquisiciones 2020 del proceso de Gestion Documental) y 4. Ajuste al plan de acción y ampliar el plazo de las acciones que aun están pendientes por realizar(Fue actualizado el Plan Institucional de Archivos y adoptado de 30 de octubre de 2019, donde se especifican las acciones a seguir en el proceso)
	Gestion de Transparencia y acceso a la		Se continua trabajando en la pagina institucional de la entidad www.hospitalsanjose.gov.co , en la cual se tiene la sección "transparencia" en donde se encuentra información de la entidad su ubicación, horarios de atención, dirección, líneas telefónicas y una línea telefónica 24 horas la 018000415195, además de los servicios ofertados para la atención de los usuarios, los correos institucionales se crearon desde el año 2016, y en noviembre de 2018, migraron al nuevo servidor, donde la instrucción es que todos los servicios utilicen estos correos con la extensión @hospitalsanjose.gov.co., además de la utilización del aplicativo DOCUNET para la información interna. El Coordinador del Proceso de Gestion Documental determino el cronograma de capacitaciones a realizar durante el mes de abril en donde se capacito a 91 funcionarios, así mismo en jornada realizada por la oficina de aseguramiento de la calidad del 27 al 29 de noviembre de 2018, se socializaron las políticas de gestion documental y de cero papel a funcionarios y colaboradores de la Institución. Se observa que los autodiagnósticos menos avanzados son gestión de trámites, transparencia y acceso a la información y gobierno digital, es por esto que se ha solicitado al DAFP, que nos capacite y que nos envíe el listado de los trámites 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 índice de Transparencia y acceso a la información, obteniendo una calificación de 7 sobre 100, por lo que en el Comité de Gestion y Desempeño, el Jefe de planeación, solicita a la gerencia mejorar esta calificación, con la posibilidad de suscribir un convenio con el banco de occidente, el cual está en trámite, para la cofinanciación del desarrollo del nuevo portal institucional que a parte de tener las publicaciones acostumbradas de transparencia, acceso a la información, participación ciudadana, prestará servicios en línea a nuestros usuarios, y así cumplir con este componente tan importante determinado en el MIPG. se está proyectando una alianza con una entidad.

Informacion	La entidad publica su gestión contractual con cargo a recursos públicos en el SECOP	Publicacion oportuna de los procesos de contratacion en la plataforma electronica de Colombia compra eficiente SECOP, con el fin de que la entidad cumpla con las obligaciones de publicidad de los diferentes actos expedidos en los procesos contractuales. Se hizo la verificación en la oficina jurídica en donde se puede establecer que a la fecha se estan publicando todos los documentos en la plataforma del SECOP, así mismo la oficina jurídica, realizo y socializo el ajuste el procedimiento para su legalizacion y publicacion de los procesos contractuales, esto permite a los interesados en participar en los procesos de contratación, proponentes y consultar el estado de los mismos,
	La entidad ha capacitado a sus funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	La entidad esta trabajando en campañas de socializacion a los funcionarios en conocer la ley de trasparencia como lo pide el nuevo modelo de MIPG, y se solicito a la oficina de Talento Humano, priorizar esta capacitacion 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 auxiliar de 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 el plan de bienestar social, y Realizar las gestiones para la creación de empleos temporales con miras a la formalización laboral, los cuales se evaluara su cumplimiento en el mes de septiembre de 2019.
		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 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. 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. A partir de los resultados del autodiagnóstico ejecutado en el marco de MIPG, la Dependencia elaboró el Plan Estratégico de Talento Humano que integra los procesos como Seleccin, induccion, bienestar y estímulos, evaluacion de desempeño y seguridad y salud en el trabaj, en cumplimiento de las actividades de los diferentes planes como son, el de Bienestar, Institucional de Capacitación y Anual de Vacantes Este plan se puede observar en la página WEB de la entidad www.hospitalsanjose.gov.co . En el proceso de seleccion, se verifico el cumplimiento de requisitos para proveer en provisionalidad dos (2) cargos de Auxiliar Administrativo Gr3 a partir del 7 y 12 noviembre de 2019.
		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 tecnología 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 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.		Direccionamiento Estratégico y Planeación.	El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. para el año 2018 contaba con 30 comités, de los cuales a la fecha se mantienen 26, debido a que la Resolución 447 de del 29 de agosto de 2018, unifico los comites de Tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo vigilancia y transfusiones, dentro del Comité de Seguridad del Paciente. A los comites 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 recomendacion de la oficina de Control Interno. En este momento se encuentra en la oficina Jurídica para revision, la Resolucion de Adopcion de tales comites. Conforme a la recomendacion de la función pública, a la fecha la institución tiene los siguientes comites: 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 medicos se encuentra inactivo Se fusionaron los cuatro comites ya mencionados con el 13,%, los cuales apartir de agosto harán parte del Comité de seguridad del paciente.																				
			Mediante Resolucion 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 sera publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP, según lo dispuesto en el Artículo 06 decreto 1510/2013 y se podra consultar a través de la página Institucional www.hospitalsanjose.gov.co. Este fue construido desde el mes de agosto de 2018, con cada una de las areas y procesos, y unificado por las oficinas de Planeacion y Almacen.																				
			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. A la fecha el hospital no desarrolla PGIR.																				
			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 donse se incluyo el proceso misional de "esterilizacion" en y el proceso de apoyo " vigilancia y control de contratos" se encuentran caracterizados 4 Macro procesos, 17 procesos y 75 Procedimientos. El organigrama se ajusto en su estructura incluyendo el proceso de "referencia y contrareferencia" y el proceso de "servicio de ambulancia". La oficina de Planeacion informa que a la fecha esta en revision en la oficina Juridica, la Resolucion que adopta el nuevo mapa de procesos para el 2019, que incluye Esterilizacion y Dialisis peritoneal, y por incluir los procesos de Sub gerencia cientifica y administrativa, como recomendacion de la oficina de Planeacion, por parte de la Coordinacion de Calidad, excluir el proceso de clinica de heridas.																				
Talento Humano Planeacion Comunicaciones Sistemas Jurídica	Evaluación del Riesgo	Evaluación del Riesgo	La Entidad cuenta con las siguientes políticas institucionales las cuales se encuentran en el direccionamiento estrategico de la entidad publicado en la pagina institucional www.hospitalsanjose.gov.co. <table><tr><td>- Política gestión de talento humano</td><td>- Fortalecimiento de los procesos institucionales</td><td>- Gobierno Digital</td><td>- Planeacion Institucional</td></tr><tr><td>- Política responsabilidad social.</td><td>- Seguimiento y evaluacion del desempeño Institucional</td><td>- Seguridad Digital</td><td>- Política gestión de la tecnología</td></tr><tr><td>- Política Gestion Documental</td><td>- Política de Calidad</td><td>- Defensa Juridica</td><td>- Control Interno</td></tr><tr><td>- Política de Integridad</td><td>- Gestion del Conocimiento y la innovacion</td><td>- Humanizacion</td><td>- Seguridad del Paciente</td></tr><tr><td>- Política racionalizacion antitramites</td><td>- Política Transparencia y acceso a la informacion</td><td>- Política de eficiencia y gasto publico.</td><td></td></tr></table> La entidad se encuentra en continuo trabajo con base en los los autodiagnosticos de MIPG, los resultados de la encuesta del FURAG II y los planes de accion del MIPG.	- Política gestión de talento humano	- Fortalecimiento de los procesos institucionales	- Gobierno Digital	- Planeacion Institucional	- Política responsabilidad social.	- Seguimiento y evaluacion del desempeño Institucional	- Seguridad Digital	- Política gestión de la tecnología	- Política Gestion Documental	- Política de Calidad	- Defensa Juridica	- Control Interno	- Política de Integridad	- Gestion del Conocimiento y la innovacion	- Humanizacion	- Seguridad del Paciente	- Política racionalizacion antitramites	- Política Transparencia y acceso a la informacion	- Política de eficiencia y gasto publico.	
			- Política gestión de talento humano	- Fortalecimiento de los procesos institucionales	- Gobierno Digital	- Planeacion Institucional																	
			- Política responsabilidad social.	- Seguimiento y evaluacion del desempeño Institucional	- Seguridad Digital	- Política gestión de la tecnología																	
- Política Gestion Documental	- Política de Calidad	- Defensa Juridica	- Control Interno																				
- Política de Integridad	- Gestion del Conocimiento y la innovacion	- Humanizacion	- Seguridad del Paciente																				
- Política racionalizacion antitramites	- Política Transparencia y acceso a la informacion	- Política de eficiencia y gasto publico.																					
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 anticorrupcion segun las recomendaciones de la Oficina Asesora de Control Interno, teniendo en cuenta que haciendo el seguimiento al cumplimiento de las actividades, estan eran repetitivas y otras era necesario realizarlas, para dar cumplimiento alos 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 pagina www.hospitalsanjose.gov.co .																							
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 Planeacion, 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																							
			Una vez la Oficina de Planeacion, 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.																				

Actividades de Control	Mapas de riesgos	El plan Anual de Auditoria 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 esta dando cumplimiento, teniendo en cuenta que el cumplimiento en el 2018 fue de 100% en las áreas asistenciales, con un 98% en el area administrativas, y en un 95% con el envio de los informes a los distintos entes de control, faltando solamente la adopcion de la plataforma SUIT, por lo cual en el 2018, la oficina de planeacion inscribio al Hospital ante el DAFP, y solicito la capacitacion en este tema. Con respecto al Mapa de Riesgos, se recomendo por parte de la oficina de Control Interno, integrar los riesgos de corrupcion, y los del SARLAFT, para la vigencia del 2020, basados en controles y no en actividades como se venia realizando. El plan general de auditorias para el 2020, fue socializado y aprobado por el Comite Institucional de Control Interno del 14 de enero de 2020, y debe ser publicado antes del 31 de enero de 2020, segun el decreto 612 de 2018.
Informacion y Comunicaci ón	Comunicación y Participacion ciudadana	De acuerdo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG la entidad se encuentra en proceso de avance para realizar ajustes a las diferentes politicas y planes con los que se encuentra documentado el Hospital como son, Mediante Resolución 0577 de 2014 la Institución adopta la política de Gestión documental la cual se encuentra en proceso de ajustes, el plan PINAR, programa de gestion documental, la politica de gestion documental, el proceso de ventanilla y aun se esta trabajando para soptar la politica de seguridad de la informacion y polittica 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 de la Gobernacion, y se hace necesario realizar el ajuste a las tablas de retencion documental, para lo cual se destino un recurso para el 2020, para la actualizacion de las tablas de retencion documental.
	Comunicación Interna	Mediante Resolución 0621 del 03 de septiembre de 2014, se adopta la política cero papel, la cual se implementa en la entidad con el fin de reducir el uso del papel mediante la sustitución de los documentos físicos por soportes y medios electrónicos o digitales los cuales permiten tener trazabilidad de los documentos en el tiempo real e inmediato, para ello se cuenta con el procedimiento de "Racionalizacion de papel dentro de la Gestion Documental". Se sugiere continuar con la gestion 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 habilitacion y acreditacion, para esto se ubicaron televisores en el area de Urgencias para que los pacientes y sus acompañantes sepan el turno que les corresponde despues del triage y esten informados de los procedimientos del Hospital. La oficina de control interno en el primer semestre de 2019 ha entregado no solo a la Gerencia, sino a los responsables de la informacion que envian 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 asi 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,
		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 difucion de politicas, 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 a traves 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. Publicación en página web www.hospitalsanjose.gov.co información relacionada con la planeación institucional, se evidencia la publicación de manera permanente de los informes y documentos relacionados con la planeación institucional por parte del proceso de comunicaciones y Sistemas de Información

Comunicacion Externa

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 contratacion 2016 y 2017 en un 100%, y del P.M. Financiero del 2017, se presento el Proyecto de Manual de almacen, adoptado mediante Res 0758 del 24 de diciembre de 2019, cumpliendo así con los tres planes de mejoramiento que se tenían suscrito, igualmente se cumplio con el 100% del plan de mejoramiento de la auditoria del area financiera y presupuestal del 2018, suscrito en el mes de junio de 2019, **y esta por suscribir el plan de mejoramiento de la auditoria regular del 2018, cuyo informe preliminar fue entregado en diciembre de 2019.** Con la Superintendencia Nacional de Salud, se envio 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 asi cerrarse este plan.

Durante la vigencia fiscal del 2018, la Oficina de Control Interno ejecuto auditoria, cumplio en un 98% con el Plan General de Auditorias y los seguimientos establecidos por la Ley para dicho periodo, sobre los cuales presento los informes correspondientes, entre otros los siguientes: Auditoria a Gestion de talento humano; auditoria de farmacia, auditoria a 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 maternida, quien regreso el 15 de julio a terminar el contrato por un lapso de mes y medio, y a partir del mes de marzo de 2019, se contrato a 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 cumplido 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, en el 2019 la Gerencia, no proporciona el apoyo en auditorias administrativas solicitado a inicios del año, y la Jefe de la oficina de control interno le toco asumir en un 90% la realizacion y entrega de los informes del PGA, teniendo en cuenta la importancia de los seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno, y los correspondientes reportes de resultados, ya que siempre se le ha reiterado a la Gerente que la responsable del control interno es de ella, y en muchas ocasiones, no se tienen en cuenta las observaciones, sugerencias y recomendaciones que los mismos presentan en distintos aspectos, las cuales cubren tanto la confirmación de los avances y logros en metas y compromisos conforme a lo programado, al igual que identificación de pendientes, temas con atrasos y situaciones que ameritan ajustes y/o mejoras. Los mencionados resultados con sus correspondientes notas de hallazgos y observaciones, al igual que conclusiones, y recomendaciones, se pueden observar en los informes de resultados, los cuales para la vigencia del 2019, fueron enviados a la Gerente con copia a los responsables de los mismos.

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 en principios de calidad y humanización, así como en el cumplimiento de los requisitos estatales, la ESE Hospital Universitario San Jose, avanza en forma gradual en la implementación de los planes de acción formulados a partir de los diagnósticos 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 Control Interno se continuan bajando 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 integridad 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, y a 31 de enero de 2020, se entregara el consolidado de cumplimiento de todos los planes suscritos en la vigencia del 2019.

RECOMENDACIONES

En el mes de enero de 2019, hubo un cambio de personal en las oficinas asesoras de planeación y jurídica, a quienes se solicitó a la gerencia, capacitación en cuanto a la implementación del MIPG, con el acompañamiento de la oficina de control interno, para la actualización, verificación y ajuste de los autodiagnósticos que se presentaron el año pasado, por lo que se recomendó que una vez recibidas las capacitaciones respectivas, se retomaran los autodiagnósticos y se plantearan los planes de acción, 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 realizó en el mes de septiembre de 2019, y en definitivo se realizó el 31 de enero de 2020.

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

Es importante para el 2020, 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, con la nueva gerencia del Hospital, periodo 2020 a 2024.

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 2020, la oficina de Control Interno se enfocará en dar las capacitaciones respectivas para la implementación de las tres líneas de defensa, sobre todo en los procesos o áreas a quienes se les hace los arqueos, avances o inventarios, para dar aplicación a los tres (3) principios del MECI y del MIPG, como son AUTOREGULACION, AUTOGESTION Y AUTOCONTROL, a los nuevos integrantes de la Alta dirección, haciendo énfasis en el cumplimiento del perfil de los funcionarios que deberán proyectar y cumplir con el plan de desarrollo del alcalde vigencia 2020 a 2023 y del plan de desarrollo de la Gerencia del Hospital, periodo del 1 de abril de 2020 al 31 de marzo del 2024.

EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA

Aprobó:

EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Cargo:

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Firma:



31 de diciembre de 2019

Fecha entrega:

enero 23 de 2020