

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PÚBLICA <i>"Juntos mejoramos tu salud"</i> NIT 891.580.002-5	GERENCIA	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 1

101

Popayán, Noviembre 06 de 2019

Doctor

HECTOR ANDRES GIL WALTEROS

Alcalde (E)

Doctora

CLAUDIA MAGALI HURTADO HURTADO

Jefe Oficina Asesora Control Interno

Alcaldía Municipal de Popayán

Ciudad.

Referencia: Circular Proceso de empalme 2019

Atento saludo

Respecto a la referencia, hacemos llegar el Informe de Gestión 2019 para el proceso de empalme haciéndole claridad que es un informe provisional de la gestión adelantada con corte a Junio de 2019, toda vez que el informe definitivo se hará con corte a 31 de marzo de 2020, fecha en la cual termina mi gestión al frente de la institución.

Se anexa cincuenta y siete (57) folios y un (1) CD con la matriz de parametrización-informe de gestión.

Atentamente,


DERLIN YURANI DELGADO RODRIGUEZ
Gerente

Proyectó Luis Felipe Muñoz H.
Oficina Asesora Planeación



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

GERENCIA

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



"INFORME EMPALME GESTION ADMINISTRATIVA CON CORTE A JUNIO DE 2019"

**DERLIN YURANI DELGADO RODRIGUEZ
GERENTE**

NOVIEMBRE DE 2019

INFORME EJECUTIVO DE LA GESTION

1. DATOS GENERALES

DATOS GENERALES		
A	NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE QUE ENTREGA	Derlin Yurani Delgado Rodríguez
B	CARGO	Gerente
C	ENTIDAD (RAZÓN SOCIAL)	Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.
D	CIUDAD Y FECHA	31 de octubre de 2019
E	FECHA DE INICIO DE LA GESTION	16 de enero de 2017
F	CONDICION DE LA PRESENTACION	Terminación del proceso Alcaldía Municipal
G	FECHA DE RETIRO	31 de marzo de 2020

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde desarrolla su actividad el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., el gran desafío al que se enfrenta, es alinear toda una organización hacia el propósito de alcanzar su misión y visión institucional.

Lograr que el Recurso Humano se alinee con esos parámetros para el cumplimiento de los resultados, significa que los esfuerzos y talentos individuales se coordinen hacia un objetivo común, se encaucen en una única dirección estratégica, concentrando la energía de todo el equipo hacia el propósito general.

En éste sentido, la gestión se define como las acciones coordinadas y orientadas al logro de objetivos institucionales (eficacia) con el mejor uso posible de los recursos disponibles (eficiencia). Es el proceso mediante cual se planifica, organiza, ejecuta y controla la coordinación de todos los recursos disponibles en una organización para el logro de las metas y objetivos.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. oferta servicios de salud de alta complejidad y se comporta como prestador complementario en el actual Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, enfocado en una filosofía de atención con calidad, que responda a las necesidades de salud de los habitantes del departamento del Cauca.

La administración de Hospital basa su gestión en las actividades encaminadas a cumplir con su direccionamiento estratégico.

Direccionamiento Estratégico Institucional:



2. INFORME RESUMIDO O EJECUTIVO DE LA GESTIÓN

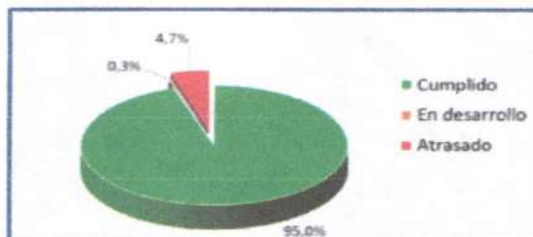
2.1 Principales logros:

- **Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:**
Durante el periodo comprendido entre los años 2017 a 2019 se han realizado actividades para mantener la habilitación de 76 servicios declarados en el REPS e iniciar su certificación en habilitación. Se mantiene la capacidad instalada:

Camas	303
Quirófano	6
Partos	2
Sala de procedimientos	1
Camillas Urgencias	80
Sillas de quimioterapia	5
Ambulancia Medicalizada	1

El cumplimiento del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, los resultados en el seguimiento del programa arrojan los siguientes resultados:

PAMEC INSTITUCIONAL



PAMEC 2018	enero - diciembre 2018				% de cumplimiento
	Actividades Planeadas	Actividades Cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	
Asistencial	126	122	1	3	96.8%
Direccionamiento	33	33	0	0	100.0%
Gerencia	23	21	0	2	91.3%
Mejoramiento	5	5	0	0	100.0%
Gestión de tecnología	19	17	0	2	89.5%
Gestión del ambiente físico	35	32	0	3	91.4%
Talento Humano	30	29	0	1	96.7%
Gerencia de la información	27	23	0	4	85.2%
Total	298	282	1	15	95%

PAMEC 2019	ENERO A SEPTIEMBRE 2019				
	Actividades Planeadas	Actividades Cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de cumplimiento
Asistencial	78	53	7	18	68%
Direccionamiento	33	23	2	8	70%
Gerencia	27	18	3	6	67%
Mejoramiento	15	14	1	0	93%
Gerencia de talento humano	35	32	1	2	91%
Gestión del ambiente físico	36	30	2	4	83%
Tecnología	20	16	1	3	80%
Gerencia de la información	34	26	4	4	76%
Total	278	212	21	45	79%

Se trabaja en el fortalecimiento del Sistema Único de acreditación a través de la autoevaluación periódica de sus estándares:

ESTANDARES	Resultado Junio 2017	Resultado Diciembre 2017
Cliente Asistencial	2,4	2,6
Direccionamiento	2,9	3
Gerencia	2,5	2,7
Gerencia de la Información	3,0	3,1
Gerencia del Ambiente Físico	2,5	2,6
Gerencia del Talento Humano	2,5	2,6
Gestión de la Tecnología	2,6	2,5
Mejoramiento de la Calidad	2,6	2,7
Calificación	2,6	2,72

Los equipos de II nivel de mejoramiento se reunieron durante el mes de Julio/2019 para realizar la autoevaluación cuantitativa de los estándares de acreditación, al finalizar cada evaluación, se realiza un

Grupo de estándares	Calificación
----------------------------	---------------------

promedio de las calificaciones de cada uno de los estándares y se obtuvo la siguiente calificación:

Cliente asistencial	2,9
Direccionamiento	3,5
Gerencia	3,5
Gerencia del talento humano	3,2
Gerencia del ambiente físico	3,4
Gerencia de la información	2,8
Gestión de tecnología	3,0
Mejoramiento	3,4
Promedio	3,2

En el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad se hicieron actividades para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes así como de sus familiares y colaboradores.

- **Gestión del talento humano:**

En el 2017 se ejecutaron recursos por valor de \$194.002.515 en la aplicación del plan de bienestar social e incentivos y el plan de capacitación. De igual manera se realizaron actividades de seguridad social en el trabajo en pro del bienestar laboral de los funcionarios.



En el 2018 se desarrollaron actividades en cultura organizacional con un valor de \$95.867.409

¡Felicidades a nuestros servicios con mayor cultura de Reporte!



El plan de bienestar social e incentivos aprobado mediante resolución 056 de 2018 permitió desarrollar actividades como:

- Programa recreativo: \$73.071.859



Caminata ecológica Actividad recreacional eje cafetero

- Clases de baile deportivo con apoyo de la Alcaldía municipal de Popayán:



- Programa de prejubilación:



- Plan de capacitación: Adoptado por resolución 056 de 2018.

- **Fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud**
Durante la vigencia 2017 se realizaron inversiones por un valor de \$7.514.030.320, distribuidos en inversión de la infraestructura, tecnología biomédica, equipos industriales, sistemas de información.

Bodega de Insumos Farmacia

Cuarto Intermedios

Antes



Después



- **Tecnología biomédica**
En el año 2017 se realizó una inversión de \$2.039.117.836 en actividades encaminadas al mantenimiento de la tecnología biomédica existente en la institución. Para el 2018 la inversión ascendió a \$2.309.948.405.

- **Adquisición y renovación de tecnología:**

Inversión de \$1.706.785.498 en adquisición de equipos biomédicos durante el 2017.



Para el 2018 la inversión en este aspecto ascendió a \$1.140.555.044.

**CAMARA DE FLUJO
LAMINAR**



**CENTRIFUGA
REFRIGERADA**



2.2 Programas

- Programa de responsabilidad social
- Programa de seguridad del paciente
- Programa de reactivo vigilancia
- Programa de hemo vigilancia
- Programa de fármaco vigilancia
- Programa de tecno vigilancia
- Programa de humanización
- Programa de seguridad y salud en el trabajo
- Programa madre canguro

2.3 Proyectos

Se inició la formulación, documentación y gestión de los siguientes proyectos:

- Cirugía oncológica: en proceso de implementación
- Trasplante de órganos: en funcionamiento

- Adecuación de la infraestructura, adquisición de equipo de angiografía y dotación para el servicio de angiografía y hemodinamia Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E: en proceso de implementación
- Implementación de un programa de atención integral del paciente oncológico con proyección docente y de investigación en el Hospital Universitario San José De Popayán E.S.E, Departamento Del Cauca: En estudio
- Remodelación y ampliación del servicio de urgencias y ambulatorios del Hospital Universitario San José De Popayán E.S.E: En estudio
- Reposición de equipos médicos en diferentes áreas asistenciales del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E: en espera de los recursos asignados por parte del Ministerio de salud y Protección Social.



- Hotelería y confort-Espera Digna: en funcionamiento



- Ampliación del servicio de hospitalización para medicina prepagada: en desarrollo.
- Unidad de Nefrología como servicio institucional: En funcionamiento



2.4 Actividades y los resultados

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E presta servicios complementarios en salud de la mediana y alta complejidad, para ello cuenta con la siguiente capacidad instalada:

Dirección: Carrera 6 N° 10N – 142
www.hospitalsanjose.gov.co

Conmutador: 8234508 Extensión
Email: gerencia @hospitalsanjose.gov.co

Capacidad Instalada		
Camillas Observación Urgencias	Adultos(60) ginecobstetricia(10) y pediatría(10)	70
Total		80
Camas	Hospitalización	194
	Cuidado Intensivo e Intermedios Adultos	53
	Cuidado Intensivo, Intermedios y Básico Neonatal	35
	Cuidado Intermedio e Intensivo Pediátrico	8
	Unidad de Quemados Pediátrico	7
	Unidad de Quemados Adulto	6
Total		303
Salas	Quirófanos	6
	Partos	2
	Procedimientos	1
Total		10
Ambulancia	Medicalizada	1
Total		1
Sillas	Quimioterapia	5
Total		5

Con la capacidad instalada descrita anteriormente se llevaron a cabo durante la vigencia 2017, las siguientes actividades (prestación de servicios) con sus resultados:

Variable	Pob. Pobre	No Aseg.	No POS	Subvencionado	Contributivo	Otros	Total
Óxidos de biológicos aplicados	33	0	2.457	815	156		3.461
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0	0	0	0
Otros controles de enfermería de PYP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0	0	0	0
Citologías cervicovaginales tomadas	0	0	0	0	0	0	0
Consultas de medicina general electivas realizadas	0	0	0	0	0	0	0
Consultas de medicina general urgentes realizadas	954	0	14.875	7.790	3.718		27.345
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	727	0	31.346	9.607	11.660		53.340
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	1.220	0	20.362	6.970	2.689		31.221
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médicos, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	121	0	1.252	117	112		1.602
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	0	0	0	0	0	0
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	0	0	0	0	0
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	0	0	0	0	0	0	0
Sellantes aplicados	0	0	0	0	0	0	0
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	0	0	0	0	0
Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	0	0	0	0	0
Partos vaginales	10	0	658	150	45		863
Partos por cesárea	13	0	671	223	54		961
Total de egresos	380	0	8.472	2.627	1.176		12.655
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	62	0	1.092	603	155		2.712
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	194	0	2.899	892	573		4.558
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	99	0	3.246	1.066	299		4.730
...Egresos salud mental	25	0	435	56	49		569
Pacientes en Observación	730	0	11.763	5.047	2.439		19.979
Pacientes en Cuidados Intermedios	64	0	2.246	515	135		2.960
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	87	0	2.093	474	179		2.822
Total de días estancia de los egresos	3.442	0	78.012	19.733	8.743		109.930
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	179	0	5.095	1.168	296		6.740
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	2.141	0	37.896	9.248	5.923		55.208
...Días estancia de los egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	842	0	30.587	8.759	2.043		42.231
...Días estancia de los egresos salud mental	280	0	4.434	550	479		5.751
Días estancia Cuidados Intermedios	337	0	10.234	2.216	596		13.375
Días estancia Cuidados Intensivos	393	0	11.444	2.456	735		15.028
Total de días cama ocupados	0	0	0	0	0		99.612
Total de días cama disponibles	0	0	0	0	0		110.595
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	1.351	0	19.383	5.764	4.724		31.222
...Cirugías grupos 2-6	379	0	6.421	1.738	1.266		9.804
...Cirugías grupos 7-10	614	0	7.841	1.990	1.906		12.351
...Cirugías grupos 11-13	284	0	4.207	1.724	1.303		7.518
...Cirugías grupos 20-23	74	0	914	312	249		1.549
Exámenes de laboratorio	22.582	0	490.646	157.383	48.875		719.486
Número de imágenes diagnósticas tomadas	3.233	0	67.618	23.084	13.945		107.880
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	3.558	0	101.689	25.693	7.043		137.983
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	731	0	15.534	4.066	5.301		25.632
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	377	0	10.973	2.762	965		14.977
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	0	0	0	0	0		0
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	0	0	0	0	0		0

Para el año 2018 fue de:

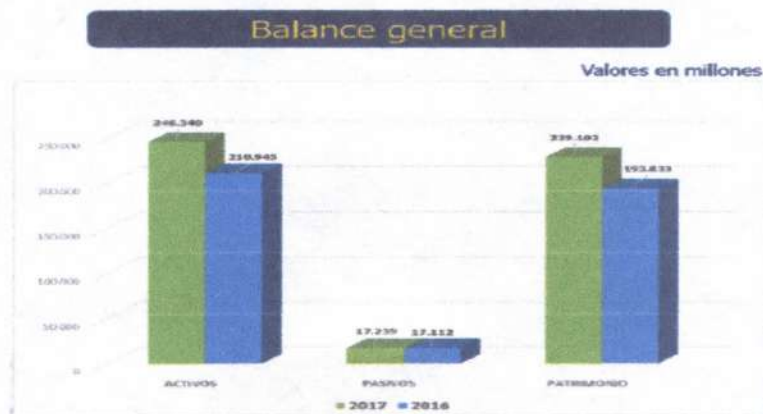
Variable	Pob.	Pobre	No Asig.	No POS	Suscripción	Contributivo	Otros	Total
Dosis de biológico aplicadas	55	0	0	2.045	759	75	2.934	
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0	0	0	0	
Otros controles de enfermería de PpP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0	0	0	0	
Citologías cervicovaginales tomadas	0	0	0	0	0	0	0	
Consultas de medicina general electivas realizadas	0	0	0	0	0	0	0	
Consultas de medicina general urgentes realizadas	1.991	0	17.418	9.324	5.057	33.780		
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	844	0	30.904	16.538	13.999	62.285		
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	1.160	0	17.358	7.279	3.692	29.489		
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médicos, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	377	0	4.972	1.612	860	7.821		
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	0	0	0	0	0		
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	0	0	0	0		
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	0	0	0	0	0	0		
Sellantes aplicados	0	0	0	0	0	0		
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	0	0	0	0		
Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	0	0	0	0		
Partos vaginales	17	0	566	171	21	775		
Partos por cesárea	18	0	520	210	28	776		
Total de egresos	844	0	12.247	6.539	2.964	22.194		
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	90	0	1.892	791	109	2.682		
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	238	0	2.904	1.269	819	5.230		
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	441	0	6.874	4.270	1.546	13.131		
...Egresos salud mental	75	0	577	209	90	951		
Pacientes en Observación	617	0	8.860	4.963	2.104	16.444		
Pacientes en Cuidados Intermedios	90	0	2.027	592	146	2.855		
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	102	0	2.056	573	206	2.937		
Total de días estancia de los egresos	4.834	0	78.458	27.923	10.979	122.194		
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	197	0	5.624	1.874	253	7.948		
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	2.412	0	31.478	10.087	6.319	50.296		
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	1.651	0	36.689	14.502	3.900	56.742		
...Días estancia de los egresos salud mental	574	0	4.657	1.460	507	7.208		
Días estancia Cuidados Intermedios	457	0	8.574	2.492	647	12.170		
Días estancia Cuidados Intensivos	495	0	10.201	2.530	730	13.956		
Total de días cama ocupados	0	0	0	0	0	95.470		
Total de días cama disponibles	0	0	0	0	0	0.110.595		
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	1.329	0	16.441	8.010	5.542	31.322		
...Cirugías grupos 2-6	404	0	5.188	2.273	1.454	9.319		
...Cirugías grupos 7-10	604	0	6.573	2.929	2.407	12.513		
...Cirugías grupos 11-13	235	0	3.841	2.390	1.316	7.782		
...Cirugías grupos 19-23	96	0	839	416	365	1.708		
Exámenes de laboratorio	24.698	0	420.130	164.941	48.467	659.236		
Número de imágenes diagnósticas tomadas	2.972	0	52.255	24.710	13.449	93.386		
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	3.296	0	63.350	23.656	7.248	117.552		
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	946	0	15.836	4.613	9.128	30.523		
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	424	0	10.187	3.138	808	14.557		
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	0	0	0	0	0	0		
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	0	0	0	0	0	0		

Hasta septiembre de 2019:

Concepto	TOTAL
Dosis de biológico aplicadas	2198
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0
Citologías cervicovaginales tomadas	0
Consultas de medicina general electivas realizadas	0
Consultas de medicina general urgentes realizadas	25598
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	33484
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	59385
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	6741
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0
Número de sesiones de odontología realizadas	0
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	0
Sellantes aplicados	0
Superficies obturadas (cualquier material)	0
Exodoncias (cualquier tipo)	0
Partos vaginales	574
Partos por cesárea	556
Total de egresos	16908
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	1538
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	6199
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	8332
...Egresos salud mental	839
Pacientes en Observación	5873
Pacientes en Cuidados Intermedios	2402
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	2012
Total de días estancia de los egresos	99760
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	5693
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	52345
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	35990
...Días estancia de los egresos salud mental	5732
Días estancia Cuidados Intermedios.	10025
Días estancia Cuidados Intensivos	10471
Total de días cama ocupados	74655
Total de días cama disponibles	82719
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	25185
...Cirugías grupos 2-6	7663
...Cirugías grupos 7-10	11032
...Cirugías grupos 11-13	5102
...Cirugías grupos 20-23	1388
Exámenes de laboratorio	511369
Número de imágenes diagnósticas tomadas	77304
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	97634
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	27054
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	11437
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	0
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	0

3. SITUACION DE LOS RECURSOS

3.1 Financieros



En la resolución No.1755 de Mayo de 2017 del Ministerio de Salud y Protección (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.

BALANCE GENERAL A 30 SEPTIEMBRE DE 2019

concepto	vigencia_actual
1 Activos	311.030.125.560
Activo corriente	248.136.214.116
...12 Inversiones e instrumentos derivados	8.988.248.998
...13 Cuentas por cobrar	155.864.053.570
...15 Inventarios	3.715.082.715
...19 Otros activos	1.094.224.240
Activo no corriente	62.893.911.444
...16 Propiedades, planta y equipo	60.907.901.616
...19 Otros activos	1.986.009.828
2 Pasivos	25.659.775.134
Pasivo corriente	20.560.197.011
...24 Cuentas por pagar	14.779.550.581
.....2401 Adquisición de bienes y servicios nacionales	4.679.011.056
.....2436 Retención en la fuente e impuesto de timbre	149.039.000
.....2440 Impuestos, contribuciones y tasas	7.252.776
.....2445 Impuesto al valor agregado - IVA	12.929.000
.....2460 Créditos judiciales	31.676.993
.....2490 Otras cuentas por pagar	9.899.641.756
...25 Beneficios a los empleados	1.585.846.099
...29 Otros pasivos	243.021.185
Pasivo no corriente	5.099.578.123
...23 Préstamos por pagar	772.028.230
...24 Cuentas por pagar	42.538.755
...25 Beneficios a los empleados	4.285.011.138
3 Patrimonio	285.370.350.426
...32 Patrimonio de las empresas	285.370.350.426
Total pasivo y patrimonio	311.030.125.560
8 Cuentas de orden deudoras	-
...81 Activos contingentes	1.976.147.205
...83 Deudoras de control	21.531.908.338
...89 Deudoras por contra (CR)	23.508.055.543
9 Cuentas de orden acreedoras	-
...91 Pasivos contingentes	107.585.248.961
...93 Acreedoras de control	50.916.656.578
...99 Acreedoras por contra (DB)	158.501.905.539
.....9905 Pasivos contingentes por el contrario	107.585.248.961

**ESTADO DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA
A 30 DE SEPTIEMBRE 2019**

concepto	vigencia_actual
Ingresos Operacionales	133.382.734.864
...43 Venta de servicios	133.382.734.864
6 Costos de ventas	80.086.467.373
...62 Costo de ventas de bienes	-
...63 Costo de ventas de servicios	80.086.467.373
Gastos de Operación (51 y 53)	27.788.203.592
...51 De administración y operación	16.566.545.858
.....5102 Contribuciones imputadas	28.948.987
.....5103 Contribuciones efectivas	1.079.357.400
.....5104 Aportes sobre la nómina	124.238.600
.....5107 PRESTACIONES SOCIALES	1.086.399.531
.....5108 Gastos de personal diversos	48.314.546
.....5111 Generales	10.707.155.492
.....5120 Impuestos, contribuciones y tasas	1.462.771.550
...53 Deterioro, depreciaciones, amortizaciones y provisiones	11.221.657.734
Resultado Operacional	25.508.063.899
...44 Transferencias y subvenciones	37.625.277
...48 Otros ingresos	7.907.177.034
...54 Transferencias y subvenciones	-
...58 Otros gastos	10.468.595.973
...59 Cierre de ingresos, gastos y costos	22.984.270.237

Mediante resolución 13

Dirección: Carrera 6 N° 10N – 142
www.hospitalsan jose.gov.co

Conmutador: 8234508 Extensión
Email: gerencia@hospitalsan jose.gov.co

2 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección social, la cual efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019, categorizó al Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. SIN RIESGO.

Lo cual evidencia el manejo adecuado que se han dado a los recursos financieros de la institución.

4. PLANTA DE PERSONAL

4.1 Cargos de libre nombramiento y remoción: 5

4.2 Cargos de carrera administrativa: 179

PLANTA DE PERSONAL AÑO 2018	
Libre Nombramiento	5
Inscrito en carrera	179
Periodo Fijo	2
Trabajador Oficial	3
Total	189

5. EJECUCION PRESUPUESTAL

A continuación se presenta el comparativo de los resúmenes de las ejecuciones presupuestales de las vigencias 2016 a 2018, tal como se registran en el sistema de información hospitalaria SIHO:

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	173.937.365,96	189.559.061,14	213.411.195,23	
Total Venta de Servicios	142.308.769,27	148.063.507,93	170.128.947,69	
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	9.823.155,36	8.169.586,07	8.347.798,04	
.....Régimen Subsidiado	91.338.738,91	94.544.715,56	102.659.879,94	
.....Régimen Contributivo	24.591.725,42	28.242.073,57	38.915.517,33	
Otras ventas de servicios	16.555.149,58	17.107.132,71	20.205.752,38	
Aportes	1.314.000	2.463.954,83	2.146.461,04	
Otros Ingresos	30.314.596,71	39.031.598,39	41.135.786,49	
Cuentas por cobrar Otras vigencias	50.866.098,16	62.019.800,24	65.325.626,08	
Ingreso Total Reconocido	224.803.464,14	251.578.861,38	278.736.821,31	

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	117.887.182,68	122.939.227,63	134.696.895,33	
Gasto de Funcionamiento	86.864.303,77	89.444.023,66	95.636.689,15	
Gastos de Personal	68.917.479,64	72.505.338,9	76.131.079,92	
Gasto de Personal de Planta	10.112.316,96	9.237.772,04	8.916.853,54	
Servicios Personales Indirectos	58.805.162,67	63.267.566,86	67.214.226,38	
Gasto de Sueldos	4.943.299,16	5.172.598,85	5.345.134,19	
Gastos Generales	16.435.776,06	14.672.746,3	15.433.334,34	
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	29.791.166,07	29.975.889,73	34.606.268,19	
Otros Gastos	2.742.760,91	5.785.252,7	7.526.212,88	
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	12.186.538,96	16.956.755,6	15.771.593,2	
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	130.073.721,64	139.895.983,23	150.468.488,53	

La ejecución presupuestal a septiembre de 2019 es:

CONCEPTO	PRESUPUESTADO	SEPTIEMBRE
DISPONIBILIDAD INICIAL	46.976.544.394,00	70.086.295.332,00
Ingresos Corrientes	133.690.024.977,00	9.321.397.973,00
...Venta de Servicios de Salud	130.266.182.199,00	9.075.374.224,00
.....Regimen Subsidiado	75.436.334.977,00	7.435.984.085,00
.....Regimen Contributivo	33.033.600.098,00	735.144.413,00
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	6.113.624.303,00	-
.....Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	6.113.624.303,00	-
.....Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado	-	-
.....SOAT (Diferentes a ECAT)	4.992.671.353,00	454.616.193,00
.....ADRES (Antes FOSYGA)	1.196.806.315,00	21.555.181,00
.....Plan de intervenciones colectivas	-	-
.....Otras ventas de servicios de salud	9.493.145.153,00	428.074.352,00
.....Cuotas de recuperación (Vinculados)	2.118.800,00	110.600,00
.....Cuotas moderadoras y copagos	476.000.415,00	43.835.100,00
.....Otras ventas de servicios de salud	9.015.025.938,00	384.128.652,00
...Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)	1.396.353.285,00	155.399.131,00
.....Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios	-	-
.....Aportes de la Nación para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Excluye FONSAET)	-	-
.....FONSAET -Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud-	-	-
.....Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de servicios de salud	-	-
.....Aportes del departamento/distrito No ligados a la venta de servicios	1.396.353.285,00	155.399.131,00
.....Subsidio a la oferta -Aportes patronales Art. 2.4.10 del Dec-762 de 2017 (Departamentales / Distritales)	1.396.353.285,00	155.399.131,00
.....Subsidio a la oferta ?Operación acceso y atención en salud departamentos especiales (Literal b, Artículo 2.4.10 del Dec762-2017)	-	-
.....Aportes del Departamento/Distrito para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	-	-
.....Estampillas	-	-
.....Otros aportes del Departamento/Distrito no ligados a la venta de servicios de salud	-	-
.....Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios	-	-
.....Subsidio a la oferta -Aportes patronales Art. 2.4.10 del Dec-762 de 2017 (Municipales)	-	-
.....Aportes del Municipio para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	-	-
.....Otros aportes del Municipio no ligados a la venta de servicios de salud	-	-
...Otros ingresos corrientes	2.027.489.493,00	90.624.618,00
Ingresos de Capital	2.088.581.734,00	249.504.611,00
Otros Ingresos	-	-
Cuentas por cobrar Otras vigencias	61.806.267.520,00	3.111.882.591,00
TOTAL DE INGRESOS	197.584.874.231,00	12.682.785.175,00

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO		
	86.416.651.470,00	8.146.139.795,00
...GASTOS DE PERSONAL		
.....Gastos de Personal de Planta	69.853.675.015,00	6.617.417.999,00
.....Servicios personales asociados a la nómina	6.726.573.543,00	659.285.604,00
.....Sueldos personal de nómina	4.959.789.648,00	498.767.104,00
.....Horas extras, dominicales y festivos	3.823.117.302,00	446.606.345,00
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	33.219.559,00	3.694.482,00
.....Contribuciones inherentes a la nómina	1.103.452.787,00	48.466.277,00
.....Servicios Personales Indirectos	1.766.783.895,00	160.518.500,00
...GASTOS GENERALES	63.127.101.472,00	5.958.132.395,00
.....Adquisición de bienes	14.343.473.221,00	1.107.635.089,00
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.805.062.213,00	96.395.772,00
.....Mantenimiento	7.216.026.591,00	589.584.055,00
.....Servicios públicos	4.161.446.907,00	326.926.773,00
.....Impuestos y Multas	935.974.510,00	94.728.489,00
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	224.963.000,00	-
.....Pago directo de pensionados o jubilados	2.219.503.234,00	421.086.707,00
.....Otras transferencias corrientes	534.008.269,00	53.000.448,00
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	1.685.494.965,00	368.086.259,00
...Medicamentos	26.578.099.192,00	970.766.385,00
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.083.608.411,00	243.265.099,00
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	-	-
INVERSION	15.494.490.781,00	727.501.286,00
DEUDA PUBLICA	773.656.147,00	165.632.147,00
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	-	-
TOTAL DE GASTOS	6.855.538.034,00	83.330.113,00
DISPONIBILIDAD FINAL	130.623.944.843,00	9.365.868.440,00
SOBREGIROS	113.937.473.782,00	73.403.212.067,00
Abonos a sobregiros	-	-
CRÉDITOS DE TESORERÍA	-	-
Abonos a créditos de tesorería	-	-

6. CONTRATACION:

Durante la vigencia 2017 la contratación de servicios alcanzo un valor de \$68.542.204.099 para el año 2018 fue de \$72.998.574.093. y con corte a septiembre de 2019 el valor es de 67.674.349.694

7. REGLAMENTOS Y MANUALES

LISTADO DE MANUALES

PROCESO/ SUBPROCESO	NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	VERSION	FECHA DE APROBACION
SALUD OCUPACIONAL				
	Manual de Bioseguridad	MAN-SO-01	1	jul-13
GESTION AMBIENTAL				
	Manual De Mantenimiento De La Red De Alcantarillado	MAN-GAB-01	0	23/09/2019

ESTERILIZACION				
	Manual de Buenas Practicas de Esterilización	MAN-EZ-01	0	15/08/2013
	Manual de reuso de dispositivos médicos	MAN-EZ-02	4	21/11/2018
BANCO DE SANGRE				
	Manual de actividades banco de sangre	MAN-BS-01	0	may-13
	Manual seguimiento a la calidad banco de sangre	MAN-BS-0	0	05/08/2014
	Manual de inducción del banco de sangre	MAN-BS-03	0	02/08/2014
	Manual Institucional De Hemovigilancia	MAN-BS-04	0	08/04/2015
	Manual Procedimientos de Calidad Banco De Sangre Y Servicio Transfusional	MAN-BS-05	0	03/08/2016
	Manual Plan De Auditorías Internas Banco De Sangre	MAN-BS-06	0	03/08/2016
	manual promoción de la donación HUSJ	MAN-BS-07	0	23/08/2016
	Manual de procedimientos técnicos servicio transfusional	MAN-BS-08	0	23/08/2016
	Manual Ubicación, Asesoría y Canalización de Donantes con Tamizaje Doblemente Reactivo	MAN-BS-09	0	28/03/2017
	Manual procedimientos operativos inmunoserología	MAN-BS-10	0	04/11/2016
	Manual Procedimientos Técnicos Banco De Sangre Y Servicio Transfusional	MAN-BS-11	0	28/03/2017
	Manual de Procedimientos Operativos Inmunohematología Banco de Sangre	MAN-BS-12	0	10/04/2017
	Manual de Calidad de Banco de Sangre	MAN-BS-13	0	05/04/2017
	Manual del Manejo del Producto no Conforme	MAN-BS-14	0	05/04/2017
	Manual de control de almacenamiento	MAN-BS-15	0	10/04/2017
	Manual Actividades Banco de Sangre	MAN-BS-16	0	05/04/2017
	Manual de Aféresis	MAN-BS-17	0	20/11/2017
	Manual selección de donantes sangre total y flebotomía	MAN-BS-18	0	15/03/2018
	Manual de transfusión ambulatoria	MAN-BS-19	0	15/03/2018
	Manual de producción de hemocomponentes	MAN-BS-20		
	Manual para la gestión integral de residuos generados en el banco de sangre	MAN-BS-21		
ALMACEN				
	Manual para el manejo administrativo de los bienes del Hospital Universitario San José De Popayán	MAN-GA-01	0	15/02/2013
COMUNICACIONES				
	Manual de comunicaciones	MAN-CM-01	0	05/03/2013
FARMACIA				
	Manual de buenas prácticas de elaboración de preparaciones magistrales	MAN-CM-01	1	may-13
	Manual para la elaboración de las preparaciones magistrales no estériles	MAN-CM-02	0	may-13
	Manual de actividades del servicio farmacéutico	MAN-GM-01	1	may-13
Direccionamiento	Modelo de atención en salud	MAN-DE-01	0	dic-13
	Manual de promoción de salud y prevención de la enfermedad	MAN-DE-02	0	30/04/2015
ARCHIVO				
	Manual para la elaboración de tablas de valoración documental	MAN-CH-01	0	2014
	Manual transferencias documentales	MAN-CH-02	0	2014
DOCENCIA -SERVICIO				
	Manual reglamento interno practica formativa convenio docencia-servicio		0	21/02/2014

LABORATORIO				
	Manual de Gases arteriales	MAN-LC-01		09/10/2014
	manual de inmunología	MAN-LC-02	0	09/10/2014
	Manual de parasitología	MAN-LC-03		09/10/2014
	Manual de química clínica	MAN-LC-04		
	Manual de uroanálisis	MAN-LC-05	0	09/10/2014
	manual de coagulación	MAN-LC-06	0	01/09/2015
	manual de calidad del laboratorio	MAN-LC-07	0	01/09/2015
	Manual de toma de muestra laboratorio clínico	MAN-LC-08	0	26/07/2016
	Manual Hematología	MAN-LC-09	1	22/04/2019
	Manual de gestión integral de residuos de laboratorio clínico	MAN-LC-10		
	Manual de limpieza y desinfección en laboratorio clínico	MAN-LBC-11		
	Manual de esterilización en el laboratorio clínico	MAN-LBC-12		
	Manual de bioseguridad laboratorio clínico.	MAN-LBC-13		
	Manual gestión de eventos clínicos en el laboratorio clínico	MAN-LBC-14		
	Manual de validación y verificación de métodos	MAN-LBC-15		
	Manual de gestión de reactivos, dispositivos médicos e insumos	MAN-LBC-16		
	Manual de procedimientos de microbiología	MAN-LBC-17		
IMÁGENES				
	Manual de radio protección	MAN-IM-02	0	24/11/2014
	Manual de preparación para procedimientos de imágenes diagnósticas	MAN-IM-01	0	24/11/2014
	Manual garantía de la calidad	MAN-IM-04	0	27/01/2015
	Manual de vigilancia epidemiológica y radiológica de personal expuesto a radiación	MAN-IM-03	0	22/01/2015
	Manual de la garantía de la calidad de la imagen	MAN-IM-04	0	17/01/2015
PATOLOGÍA				
	Manual de normas generales de la unidad de quirófanos "Normas de comportamiento en la unidad de quirófanos relacionadas con la asepsia del equipo de atención,	MAN-AC-01	0	10/11/2014
	Normas de comunicación entre el equipo asistencial y con el usuario	MAN-AC-02	0	10/11/2014
	Manual de procedimientos técnicos para laboratorio de patología	MAN-PT-01	0	27/09/2018
	Manual de Calidad del laboratorio de Patología	MAN-PT-02	0	27/09/2018
	Manual de aseo y desinfección patología	MAN-PT-01	0	10/02/2015
EPIDEMIOLOGÍA				
	Manual de vigilancia de ocurrencia de esvi	MAN-GIN-01	0	27/05/2015
SERVICIOS GENERALES				
	Manual de vigilancia y seguridad privada	APO-SG-01	0	08/07/2015
INFECCIONES				
	Manual de aislamiento hospitalario	MAN-CI-01	0	10/06/2015
FINANCIERA				
	Manual de control y protección de los recursos institucionales	MAN-GF-01	0	05/10/2015
	Manual de Sarlaft	MAN-GF-02		

COSTOS				
	Manual de costos hospitalarios	MAN-CO-01	0	10/09/2015
AUDITORIA				
	Manual de calidad auditoria de cuentas medicas	MAN-LC-01	0	10/09/2015
FACTURACION				
	Manual de Facturación	MAN-FC-01	0	10/09/2015
SISTEMAS DE INFORMACION				
	Manual de seguridad de la información	MAN-GI-01	0	28/07/2015
	Plan de gerencia de la información	PLA-SI-01	0	jun-15
	Manual de referencia y contrareferencia	MAN-RC-CR1	0	30/06/2016
GINECOLOGIA				
	Programa amplio de inmunizaciones	MAN-GC-01		
CALIDAD				
	Manual de calidad	MAN-CA-01	0	28/03/2018
	Manual para atención en salud con enfoque diferencial	MAN-CA-02	0	01/11/2018
	Prevención y promoción	MAN-CA-04	0	01/11/2018
	Programa de seguridad del paciente	PGR-SP-01	0	09/04/2018
	Programa de Humanización	PGR-HM-01	0	28/09/2018
	Implementación de Cultura del Silencio	MAN-HM-01	0	10/10/2018
CONTROL INTERNO				
	Manual De Plan De Auditorias	MAN-CN-01	0	14/03/2018
VIGILANCIA Y CONTROL DEL CONTRATOS				
	Manual De Lineamientos De Facturación De Procedimientos Quirúrgicos	MAN-VC-01	0	28/06/2018
	Manual de Seguridad Física de Equipo de Cobalto	MAN-ON-01		
HISTORIA CLINICA				
	Manual para la gestión institucional de módulo de nacimientos y defunciones del registro único de afiliaciones RUAF		0	25/01/2019

8. CONCEPTO GENERAL

La gestión adelantada por la administración durante el periodo 2016-2019 se inició con la definición del marco filosófico del direccionamiento estratégico, formulando la visión y misión que establecieran el norte a la gestión institucional, bases de la planificación estratégica, y el desarrollo de una política de calidad para la mejora continua.

Esta plataforma se complementó con la gestión por procesos, buscando la participación de los pacientes/usuarios/clientes y de los profesionales.

El Hospital en su calidad de Universitario, cuenta con procesos esenciales que soportan las funciones que desarrollan su misión, son la asistencia y la docencia (investigación) inseparables y dependientes, dirigidos y vigilados por los procesos de direccionamiento y control.

De igual manera, los procesos de apoyo brindan soporte a los procesos esenciales. Son los relativos a la gestión económico-financiera, de infraestructuras, logística, sistemas de información, etc.

Para ésta administración los procesos de gestión económica y financiera adquirieron una dimensión estratégica, tal como se demuestra en la misión institucional y como lo evidencia el Ministerio de Salud y protección social cuando categoriza al Hospital SIN RIESGO financiero.

De otro lado la toma de decisiones se ha desarrollado en el marco del modelo de calidad, buscando en lo posible dar respuesta a las oportunidades de mejora establecidas, siempre teniendo en cuenta que la mejor alternativa ha de ser la que, además de dar respuesta adecuada al reto planteado, ayude a configurar el modelo futuro de servicios, organización y funcionamiento que se pretende en la visión de la ESE.

En la actualidad, la gestión basa su desarrollo en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, para ello la administración ha realizado la implementación del decreto 1499 de 2017, realizando la autoevaluación de los Autodiagnósticos que están en el establecidos, en las 7 dimensiones definidas y en el desarrollando las 17 políticas instauradas en el modelo, base de este desarrollo son los planes de acción que se formularon con base a la evaluación del FURAG II y a los resultados obtenidos en los autodiagnósticos.

Desde esta concepción, el desempeño de la administración y su gestión, ha sido adecuada y ha buscado responder a las expectativas de los usuarios, razón de ser de la Institución, a pesar de las limitaciones y obstáculos presentados que a veces limitan el desarrollo de la estrategia de gestión planteada.

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO

Dimensión 1. Talento Humano

1. Política de Gestión Estratégica de Talento Humano

¿Se encuentra su entidad en proceso de convocatoria para la provisión de los cargos de carrera administrativa a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil? De ser afirmativa su respuesta, indique cuál es la situación actual del proceso.

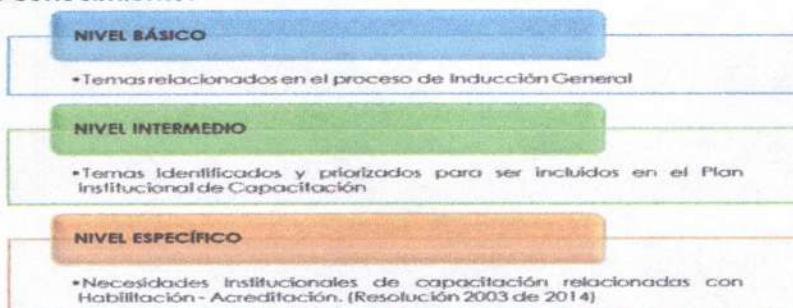
Rta/ Actualmente la entidad no se encuentra inmersa en ningún concurso de méritos para la provisión de cargos de carrera administrativa, a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, sin embargo se ha mantenido de manera constante la actualización de las vacantes dentro de la plataforma SIMO, dispuesta para esto.

Qué actividades ha realizado su entidad en relación con:

1. Formación y Capacitación de los servidores públicos
2. Programas de bienestar para los servidores
3. Implementación de:
 - ✓ Teletrabajo 0 personas
 - ✓ Horarios flexibles 0 personas
 - ✓ Bilingüismo 0 personas: Se realizó encuesta al personal de planta para expresar su interés de acceder al programa, 30 funcionarios diligenciaron la encuesta solicitando a la entidad el tiempo para realizar el programa en la jornada laboral, solicitud que se encuentra en estudio.
 - ✓ Programa Estado Joven: 4 personas: El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. postuló 5 plazas de práctica en el marco de la convocatoria de la iniciativa estado joven, autorizaron 4 plazas porque el perfil del Ingeniero de Sistemas no se presentó candidato.

INFORME DE EJECUCIÓN PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN: El Plan Institucional de Capacitación fue adoptado mediante Resolución N° 048 del 30 de enero de 2019 y está conformado por tres niveles de conocimiento:



1. **NIVEL BASICO:** hace referencia al 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.

Hasta el momento 179 personas han presentado el proceso de Inducción bajo la modalidad presencial.

MES	DIA	LUGAR	No. de asistentes
ENERO	28	SALÓN DE PATOLOGIA	16
FEBRERO	19	SALÓN DE PATOLOGIA	41
MARZO	19	SALÓN DE PATOLOGIA	21
ABRIL	16	SALÓN DE PATOLOGIA	21
MAYO	21	SALÓN DE PATOLOGIA	17
JUNIO	18	SALÓN DE PATOLOGIA	11
JULIO	16	SALÓN DE PATOLOGIA	17
AGOSTO	20	SALÓN DE PATOLOGIA	17
SEPTIEMBRE	17	SALÓN DE PATOLOGIA	6
OCTUBRE	25	SALÓN DE PATOLOGIA	12
TOTAL			179

2. **NIVEL INTERMEDIO:** Se identificaron las necesidades de capacitación del personal del Hospital Universitario San José de Popayán –ESE- aplicando una metodología participativa donde cada persona priorizó tres temas de capacitación en relación al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, posteriormente la Comisión de Personal del Hospital conoció los temas identificados por cada proceso y los priorizaron para ser incluidos en el Plan Institucional de Capacitación 2019:

TEMA	ASISTENCIAL	ADMINISTRATIVO	CAPACITADORES INTERNOS	SEMINARIOS EXTERNOS
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)	X	X		SEMINARIOS EXTERNOS U OTRAS ENTIDADES
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL / CARRERA ADMINISTRATIVA	X	X		SEMINARIOS EXTERNOS U OTRAS ENTIDADES
MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN EN SALUD (MIAS)	X	X		SEMINARIOS EXTERNOS U OTRAS ENTIDADES
GOBERNANZA PARA LA PAZ	X	X		ESAP - SEMINARIOS EXTERNOS U OTRAS ENTIDADES

CLIMA ORGANIZACIONAL	X	X	PSICÓLOGA	ARL
CREACIÓN DE VALOR PÚBLICO	X	X		ESAP - SEMINARIOS EXTERNOS U OTRAS ENTIDADES
CONTRATACIÓN ESTATAL		X		ESAP - SEMINARIOS EXTERNOS U OTRAS ENTIDADES
SISTEMA DE HABILITACIÓN – ACREDITACIÓN	X	X	CALIDAD	SEMINARIOS EXTERNOS U OTRAS ENTIDADES

Tema de la Capacitación	Modalidad	Fecha de la Capacitación	AREA O SERVICIO	Capacitaciones contratadas		
				Nombre del capacitador	Nro. De Horas	N. de Capacitados
TALLERES APLICADOS CLAVES PARA EL MANEJO DEL PORTAL SECOP II	TALLER	7 Y 8 DE FEBRERO	ADMINISTRATIVO	FYC CONSULTORES	15	1
SEMINARIO TALLER EN REFORMA TRIBUTARIA E INFORMACION EXOGENA AÑO 2018	SEMINARIO	8 Y 9 DE FEBRERO	ADMINISTRATIVO	ACOPI	14	1
EVALUACION DEL DESEMPEÑO	SEMINARIO	8 Y 9 FEBRERO	ADMINISTRATIVO	FYC CONSULTORES	15	1
SEMINARIO DE ACTUALIZACION GESTION EFECTIVA DEL PRESUPUESTO PUBLICO	SEMINARIO	14, 15 Y 16 DE FEBRERO	ADMINISTRATIVO	FYC CONSULTORES	25	1
SEMINARIO DE ACTUALIZACION EN GESTION HUMANA PARA EL SECTOR PUBLICO	SEMINARIO	14, 15 Y 16 DE FEBRERO	ADMINISTRATIVO	FYC CONSULTORES	25	1
SEMINARIO TALLER FLUJO DE CAJA Y PROYECCIONES FINANCIERAS 2019	SEMINARIO	15 DE FEBRERO	ADMINISTRATIVO	PRACTICA	8	1
SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	SIMPOSIO	11 Y 12 DE ABRIL	ADMINISTRATIVO	IMBANACO	16	1
SEMINARIO TALLER GESTION DEL RIESGO EN ENTIDADES Y EMPRESAS DEL ESTADO	SEMINARIO	2, 3 Y 4 DE MAYO	ADMINISTRATIVO	FYC CONSULTORES	25	1
39 CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL	CONGRESO	28, 29, 30 Y 31 DE MAYO	ADMINISTRATIVO	MEDICINA DEL TRABAJO	25	1
SEGUNDA JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD	CAPACITACION	28 DE MAYO	ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL	OFICINA DE CALIDAD	9	281
MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	SEMINARIO	29,30 Y 31 DE MAYO	ADMINISTRATIVO	FYC CONSULTORES	25	2
CAPACITACION SISTEMA DE CERTIFICACION ELECTRONICA DE TIEMPOS LABORADOS - CETIL	CAPACITACION	31 DE MAYO	ADMINISTRATIVO	MINISTERIO DE HACIENDA	8	1
XI CONGRESO NACIONAL DE PRESUPUESTO PUBLICO	CONGRESO	6, 7 Y 8 DE JUNIO	ADMINISTRATIVO	FYC CONSULTORES	25	2

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	CURSO	DEL 7 DE MAYO AL 7 DE JUNIO	ASISTENCIAL	UNICAUCA	40	43
CLIMA ORGANIZACIONAL	CAPACITACION	10 Y 11 DE JULIO	ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL	COMFACAUCA	6	253
IX CONGRESO NACIONAL DE DERECHO ADMINISTRATIVO	CONGRESO	14, 15 Y 16 DE AGOSTO	ADMINISTRATIVO	F&C CONSULTORES	24	1
TALLER DE RIESGOS EN EL MANEJO DE RECURSOS FINANCIEROS	TALLER	15 DE AGOSTO	ADMINISTRATIVO	SUPERSALUD	8	2
SEMINARIO DE ACTUALIZACION CLAVES PARA EL MANEJO DE LOS EMPLEOS PUBLICOS DESDE LA GESTION DE PERSONAL	SEMINARIO	29 Y 30 DE AGOSTO	ADMINISTRATIVO	F&C CONSULTORES	16	1
REFERENCIACION E HOSPITAL SAN RAFAEL - PASTO	REFERENCIACION	8 Y 9 DE AGOSTO	ADMINISTRATIVO	HOSPITAL SAN RAFAEL	8	1
MAIAS (MODELO DE ATENCION EN SALUD)	CAPACITACION	9 DE AGOSTO	ADMINISTRATIVO	ASMET SALUD	9	1

INFORME DE EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE ESTIMULOS QUE INCLUYE EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

A. PLAN DE BIENESTAR SOCIAL

Mediante Resolución N° 043 del 25 de Enero de 2019 se adoptó el Sistema de Estímulos que comprende el Plan de Bienestar social y el Plan de incentivos 2019. Se aplicó la "Encuesta para identificar las necesidades del Sistema de Estímulos", donde se priorizaron las siguientes necesidades:



Programas deportivos: Baile deportivo



Programas recreativos: Día recreativo en un club o centro recreacional.



Programas vacacionales: Santa Marta.



Programas artísticos y culturales: Asistencia a obras de teatro.



Programas de capacitación en artes y artesanías: clases de cocina.



Actividades de intervención del clima organizacional:
Actividades de desarrollo personal (inteligencia emocional, autoestima liderazgo y comunicación)



Actividades de intervención de la cultura organizacional:
Actividades lúdicas de promoción del sentido de pertenencia institucional



Programas de prejubilación: Desarrollo de habilidades microempresariales

B. PLAN DE INCENTIVOS

- Encargos, comisiones y traslados: Se realizó un estudio de cumplimiento de requisitos y condiciones para determinar la viabilidad de la provisión de empleos de carrera administrativa mediante encargo o nombramiento provisional, los empleos a proveer son: siete (7) cargos de Enfermera Gr1 donde se encargan a siete auxiliares área de la salud Gr.5 y dos (2) cargos de Enfermera especialista, una vez el cumplimiento de los requisitos y aptitudes y habilidades.
- En el mes de marzo se realizó la convocatoria mediante Circular Informativa N° 101-02-2019 a participar en el proceso de selección y otorgamiento de incentivos para mejor equipo de trabajo.

La oficina de Planeación recibió tres proyectos denominados de la siguiente manera:

- La simulación una estrategia para aprender seguridad del paciente en equipo
- Determinación del estado y riesgo nutricional del niño hospitalizado en el Hospital Universitario San José De Popayán E.S.E
- Nivel de competencias en investigación en personal profesional asistencial del Hospital Universitario San José De Popayán E.S.E

Teniendo en cuenta la ejecución de los proyectos, deberán demostrar que se cumplió con el desarrollo de los objetivos específicos y de acuerdo con lo anterior el Comité de Estímulos en reunión determinará si se realiza el otorgamiento de incentivos para el mejor equipo de trabajo.

ACTIVIDAD DE INTERVENCIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

El día 10 y 10 de julio de 2019, en el Salón Empresarial de Comfacaucá, y con la participación del Coach Mauricio Ibarra, se llevó a cabo la celebración del día del trabajador Hospitalario, el cual permitió la integración tanto de funcionarios públicos como los afiliados de las Asociaciones Sindicales, actividades de intervención del clima organizacional que permiten el desarrollo personal, de igual manera se realizó la socialización de del código de integridad, realizando actividades lúdicas, en esta actividad se contó con una participación de 151 funcionarios de planta y 102 afiliados participantes.

ACTIVIDAD DE INTERVENCIÓN DE LA CULTURA Y EL CAMBIO ORGANIZACIONAL – REINDUCCIÓN INSTITUCIONAL

El día 12 de septiembre de 2019, en el Salón Empresarial de Comfacaucá, y con la participación del Coach Carlos Andrés Palacios, se llevó a cabo la intervención de la cultura y el cambio organizacional, el cual brindó la oportunidad de conocer a quienes trabajan en otras áreas de la Institución y con quienes probablemente no se ha podido compartir, así mismo generar un mayor nivel de identificación, mejores estándares de atención, producción y nivel de rendimiento del personal. Se contó con una participación de 151 funcionarios.

De igual manera se realizó la jornada de reinducción institucional, dirigida por el jefe de la oficina asesora de Planeación Omar Arturo Solano, socializando temas relacionados con:

1. Direccionamiento estratégico
2. Planes institucionales
3. Modelo de atención institucional
4. Mapa de procesos
5. Valores corporativos
6. No hay personas con discapacidad

2. Política de Integridad.

Preguntas orientadoras

¿Qué mecanismo ha implementado la entidad para que los servidores cumplan con la política de integridad?

¿La entidad cuenta con un Código de Integridad? ¿Qué estrategias implementa la entidad para socializar y apropiar el Código de Integridad?

¿Qué estrategias implementa la entidad para identificar, declarar y gestionar los conflictos de interés? ¿Se han establecido canales de denuncia y seguimiento frente a situaciones disciplinarias y de conflictos de interés?

Rta/ Mediante Resolución Nro. 310 del 18 de junio de 2018 se adoptó el código de integridad, adoptando los valores de honestidad, respecto, compromiso, diligencia y justicia.

En Resolución Nro. 0535 del se modifica el Artículo Primero de la Resolución Nro. 310 del 18 de junio de 2018 para incorporar los valores establecidos en el direccionamiento estratégico de Honestidad, respecto, confidencialidad, responsabilidad y solidaridad (HORECONRESO).

Mediante Resolución Nro. 0263 del 10 de mayo de 2019 se conforma el Comité de Integridad.

Para la socialización del código de integridad se realizando actividades lúdicas los días 10 y 11 de julio de 2019, en el Salón Empresarial de ComfacaUCA que contó con una participación de 151 funcionarios de planta y 102 afiliados participantes.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- Código de Integridad. Puede consultarse en la pagina web

Dimensión 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación

3. Política de Planeación Institucional – Planes de Desarrollo Territorial

Preguntas orientadoras

¿Cuál es el estado de avance de las metas del Plan de Desarrollo?

Rta/ Realizado el seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional adoptado mediante Acuerdo 004 del 23 de febrero de 2017, el cual se establece para el periodo 2016 – 2020, se encuentra en un avance del 96% con corte a 31 de diciembre 2018. De las 26 actividades establecidas, se han cumplido 25, indicando que no se ha alcanzado la meta establecida en lo relacionado con el Índice de Seguridad Hospitalaria – ISH.

¿La gestión presupuestal y la ejecución de los recursos se realizó de manera eficiente?

Rta/ La elaboración, aprobación y ejecución del presupuesto se realizó conforme a lo establecido en la normatividad vigente aplicable al Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado.

Los reconocimientos y los recaudos y las ordenaciones de gastos y de pagos, se registran diariamente en el Sistema de Información Dinámica Gerencial - Módulo de Presupuesto DGH, de acuerdo a los procedimientos de ejecución de ingresos y gastos y al Manual Interno de Contratación.

Los informes de ejecución presupuestal tanto de ingresos como de gastos se generan, se imprimen y se firman de forma mensual, los documentos originales reposan en el archivo de seguridad de la Institución.

Adicionalmente, los informes de ejecución presupuestal se reportan trimestralmente al Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Plataforma SIHO y a la Contraloría General de la Nación a través de la Plataforma CHIP y para el caso de gastos también se reporta en la Plataforma SIA Observa. Anualmente se realiza el reporte de los informes de ejecución presupuestal a la Contraloría Municipal a través de la Plataforma SIA Contralorías. La información reportada en las plataformas SIHO, CHIP, SIA OBSERVA y SIA Contralorías, es histórica y está disponible para consulta del público.

Finalmente, la gestión financiera ha sido eficiente, razón de ello es la calificación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sin riesgo financiero en las últimas cinco vigencias, lo cual se puede consultar en la Plataforma SIHO.

¿La información de los resultados del plan de desarrollo fueron socializados con ciudadanía, especialmente con el Consejo Territorial de Planeación -CTP?

Rta/ NO APLICA

Lista de chequeo

- **Identificación de las necesidades de los grupos de valor.**

Rta/ En la vigencia 2019 se caracterizó el grupo de valor más importante para el hospital que de acuerdo a su misión son los usuarios. Estas son las conclusiones:
Del total de usuarios (28.928) egresados (de hospitalización y urgencias) durante la vigencia 2018:

- ✓ Según Nivel de SISBEN el 73% fueron de Nivel I y 19% no registran nivel.
- ✓ Según ocupación el 78.1% no registra dato o esta indefinido y el 10.6% son amas de casa.
- ✓ Según nivel de escolaridad en el 60.1% no se registró dato, el 17.4% tiene secundaria y el 4.5% primaria.
- ✓ Según raza 89.7% son mestizos, 7.1% son indígenas y 3.1 son negros.
- ✓ Según credo 84.4 son católicos y 17.8 profesan otros.
- ✓ Según ingresos 74.4% reciben menos de un SMMLV y 17.8% reciben un SMMLV.
- ✓ Según procedencia 70.6 provienen del área urbana y 29.4 del área rural.

- ✓ Según sexo en hospitalización y urgencias se atendieron 57.1% y 53.1 usuarios de sexo masculino respectivamente.
- ✓ Según área asistencial de egreso 55.8% fueron por internación y 44.2% por urgencias.
- ✓ Según sexo y edad, en hospitalización las mujeres y hombres de 15 a 44 años es la población que demanda más servicios, 52 y 32% respectivamente. En urgencias 47 mujeres y 44% hombres.
- ✓ Según municipio de procedencia es Popayán con 50.6% en hospitalización y 68.7% en urgencias el municipio que presenta mayor número de egresos.
- ✓ Según EPS, en hospitalización se atiende a Asmet, Nueva EPS y AIC en 23, 20 y 15% respectivamente y en urgencias a Nueva EPS, Asmet y Emssanar en 25.4, 17.3 y 13.1 respectivamente.

Del total de usuarios (42.040) atendidos por consulta médica especializada en la vigencia 2018:

Según sexo 56.6% fueron hombres y 43.4% mujeres.

Según sexo y edad, son los mayores de 15 años la población que demanda más servicios, 85% hombres y 92% mujeres.

Según municipio de procedencia, es Popayán con 62.4% quien más servicios demanda seguido de Timbío 6.1%, Piendamó 3.7% y Patía 3.2%

Según especialidad, las más demandadas son Anestesia, Traumatología, Cirugía General Ginecoobstetricia y medicina del dolor con 10.1%, 10%, 8.4%, 8.1% y 6.4% respectivamente.

Del total de procedimientos (28.077) atendidos en cirugía y endoscopia en la vigencia 2018:

Según sexo 56.9% fueron hombres y 43.1% mujeres.

Según especialidad, las más demandadas son Cirugía plástica, Cirugía general, Traumatología, Ginecoobstetricia y Cirugía maxilar con 22.6%, 20.1%, 15.7% y 7.2% respectivamente.

Según régimen de seguridad social 57.7% fueron subsidiados y 26.8% contributivos.

Según asegurador con cargo a Asmet se realizaron 21.7%, a Nueva EPS 20.2%, a AIC 12.6%, a Emssanar 11.2% y a SDSC 4.1%

- Resultados de las auditorías internas y externas.**

Rta/ La oficina de control interno no ha realizado auditoría al direccionamiento estratégico y planeación (Respuesta dada por Dra. Edna Mercedes López, Jefe Oficina Asesora de Control Interno)

- Resultados de la evaluación de la gestión de riesgos.**

Rta/ Para la vigencia 2019 se suscribieron los siguientes mapas de riesgo por procesos:

Mapas de Riesgo	No. mapas de riesgos suscritos	No. Mapas con seguimiento a junio 2019	% de mapas con seguimiento
Asistenciales	26	24	92,3
Administrativos	35	34	97,1
Total	61	58	95,1

Son 61 los mapas de riesgo suscritos. Se logra hacer seguimiento al 92.3% de los asistenciales y 97.1% de los administrativos para un promedio de 95.1% del total de los mapas de riesgo.

Mapas de Riesgo	No. Actividades de mejoramiento		% de cumplimiento
Asistenciales	Cumplidas al 100%	209	75,7
	Cumplidas menos del 100%	24	8,7
	No aplican	43	15,6
	Subtotal	276	100
Administrativos	Cumplidas al 100%	191	90,5
	Cumplidas menos del 100%	6	2,8
	No aplican	14	6,6
	Subtotal	211	100
TOTALES	Cumplidas al 100%	400	82,1
	Cumplidas menos del 100%	30	6,2
	No aplican	57	11,7
		487	100

Las actividades comprometidas para mitigar los riesgos asistenciales son 276 y 211 para los administrativos para un total de 487 actividades.

El 11.7% no aplican para esta evaluación porque están definidas para ello al termino de de la vigencia 2019.

En conclusión la gestión del riesgo institucional se viene adelantando por los líderes de los procesos con un cumplimiento del 82.1% sobre las acciones concertadas para su mitigación.

FICHA INDICADOR DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

Oficina Asesora de Planeación													
Aspectos Generales													
Nombre del indicador						Período de Reporte		Fecha de Reporte		Número del indicador			
Porcentaje de mitigación del riesgo (Inaceptable)						III TRIMESTRE		30 SEPTIEMBRE		2019		220	
Justificación del indicador						Categoría del indicador							
El hospital dentro de su política de gestión del riesgo nos lleva a identificar los riesgos institucionales que permitan establecer los mecanismos necesarios para eliminar, mitigar o evitar los efectos negativos a las personas, las instalaciones, los bienes y los equipos. Esto nos permite gestionar los riesgos para brindar una atención segura y humanizada favoreciendo el desarrollo y crecimiento institucional.						PERTINENCIA							
Fórmula del indicador						Análisis General							
La resta entre el resultado de riesgos inaceptables del año anterior menos el resultado de riesgos del siguiente año / Total de riesgos inaceptables de los periodos						En abril de 2019 se revisaron y actualizaron los mapas de riesgo de las áreas administrativas y asistenciales de acuerdo a la metodología del DAFP 2017. Logros Se actualizan el 96.8% de los mapas de riesgo, siendo los únicos faltantes el mapa de riesgos de Control Interno Disciplinario y Unidad Mental debido a que no hay personal designado oficialmente para el cargo. Fueron creados además: - Ginecología y Sala partos - Neurología - Patología							
Porcentaje de mitigación del riesgo (Inaceptable)													
El gráfico muestra el porcentaje de mitigación del riesgo (Inaceptable) a lo largo del año. La meta establecida es del 15%. El resultado del 2018 fue de 0% en todos los meses excepto en Septiembre, donde alcanzó el 11%. El resultado del 2019 también fue de 0% en todos los meses excepto en Septiembre, donde alcanzó el 11%.													
Numerador						Denominador						Rango de Calificación	
la resta entre el resultado de riesgos inaceptables del año anterior menos el resultado de riesgos del siguiente año						Total de riesgos inaceptables de los periodos						SATISFACTIVO	
												ACEPTABLE	
												DEFICIENTE	
Fuente Numerador						Fuente Denominador						Rango de Calificación Obtenido	
Tabla de valoración del riesgo						Tabla de valoración del riesgo						11%	
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
Numerador									5				5
Denominador									45				45
Resultado	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	11%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	11%
Resultado 2018													
Referente de Comparación													
Meta	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
Análisis de Causa						Acciones de Mejora Propuestas							
En octubre de 2018, el DAFP emitió nueva actualización de Guía de administración de riesgos Versión 4, la cual será desarrollada en matrices a finales de 2019 para su implementación y desarrollo durante 2020.						Se propone actualizar el proceso para la Gestión de Riesgos de acuerdo a la última versión del DAFP, previa capacitación de los líderes del proceso prevista para noviembre de 2019.							

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPOYÁN <i>"Juntos mejoramos tu salud"</i>	GERENCIA	FO-ARH-01
		Versión: 0
		Página 34 de 27

- **Resultados de la evaluación de la gestión financiera**

Rta/ Finalmente, la gestión financiera ha sido eficiente, razón de ello es la calificación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sin riesgo financiero en las últimas cinco vigencias, lo cual se puede consultar en la Plataforma SIHO.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- **La matriz solicitada en la guía de Informe de Gestión con su respectivo análisis la cual se convierte en un insumo valioso para el diagnóstico del Plan de Desarrollo.**

Rta/ La matriz se entrega diligenciada en lo pertinente a septiembre de 2019

- **Claves de acceso y responsables a Sistema de Información para la Evaluación de la eficacia –SIEE**

Rta/ NO APLICA

4. Política de Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público.

Preguntas orientadoras

Dentro de las buenas prácticas para la gestión contractual a su cargo ¿cuáles herramientas de compra pública utiliza (Secop, Tienda Virtual del Estado, Datos Abiertos, Aplicación de Guías CCE)?

Rta/ Como herramientas el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. utiliza el SECOP.

¿Cómo es la organización de su equipo de contratación, respecto de las etapas de contratación estatal (precontractual, contractual y pos contractual), incluyendo las etapas de aprobación (planeación, evaluación)?

Rta/ La organización del proceso integral de contratación se encuentra definido en el Estatuto (Acuerdo No. 16 de 2016) y Manual de contratación (Resolución No. 0055 de enero de 2017), los cuales se aplican en cada proceso contractual y se verifica por la oficina asesora jurídica la parte pre y contractual y el respectivo supervisor la parte pos contractual.

Reporte las actualizaciones del manual de contratación de la entidad a su cargo y señale las fuentes de información para dichas actualizaciones – (guías y manuales de CCE).

Rta/ El Estatuto (Acuerdo No. 16 de 2016) y Manual de contratación (Resolución No. 0055 de enero de 2017) a la fecha no han tenido actualizaciones.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- Seguimiento a las políticas de seguridad definidas por el Comité Directivo del SIIF Nación

Rta/ No aplica. Es solo para entes territoriales.

- Indicadores que permitan relacionar el cumplimiento de su ejecución presupuestal versus las metas misionales traducidas en la entrega final de bienes y servicios.

Rta/ Se hace seguimiento a los indicadores definidos en la Resolución 408 de 2018 Evaluación Plan de Gestión.

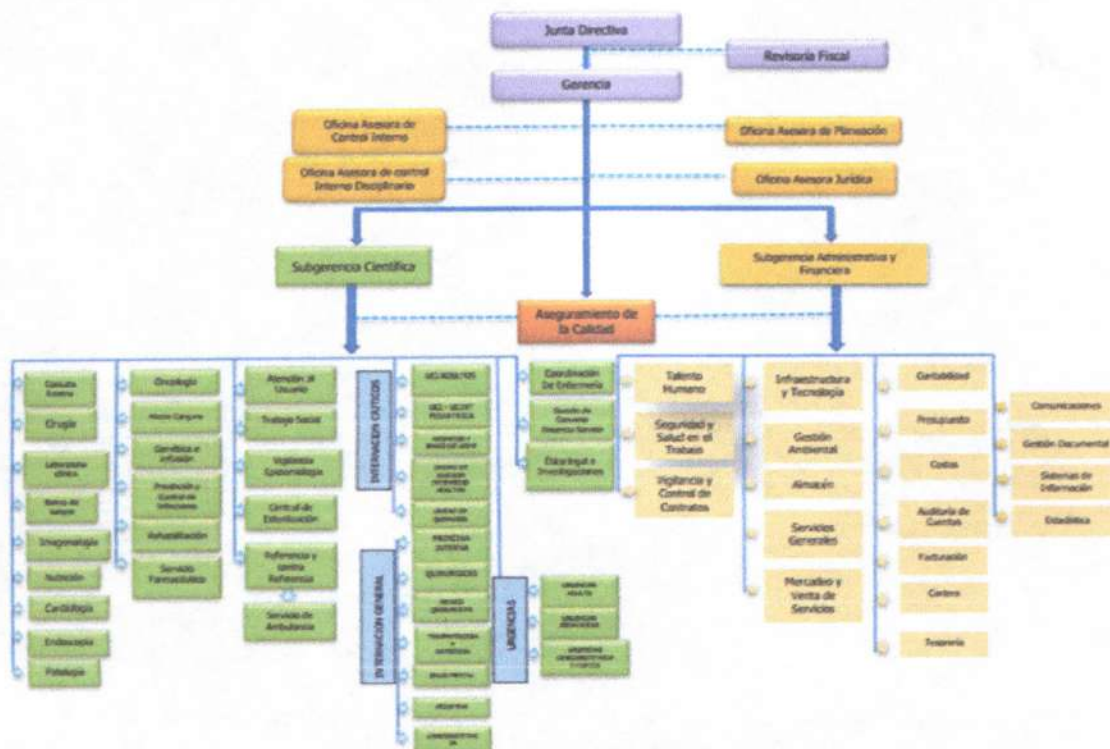
Dimensión 3. Gestión con valores para resultados

5. Política de Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos

Preguntas orientadoras

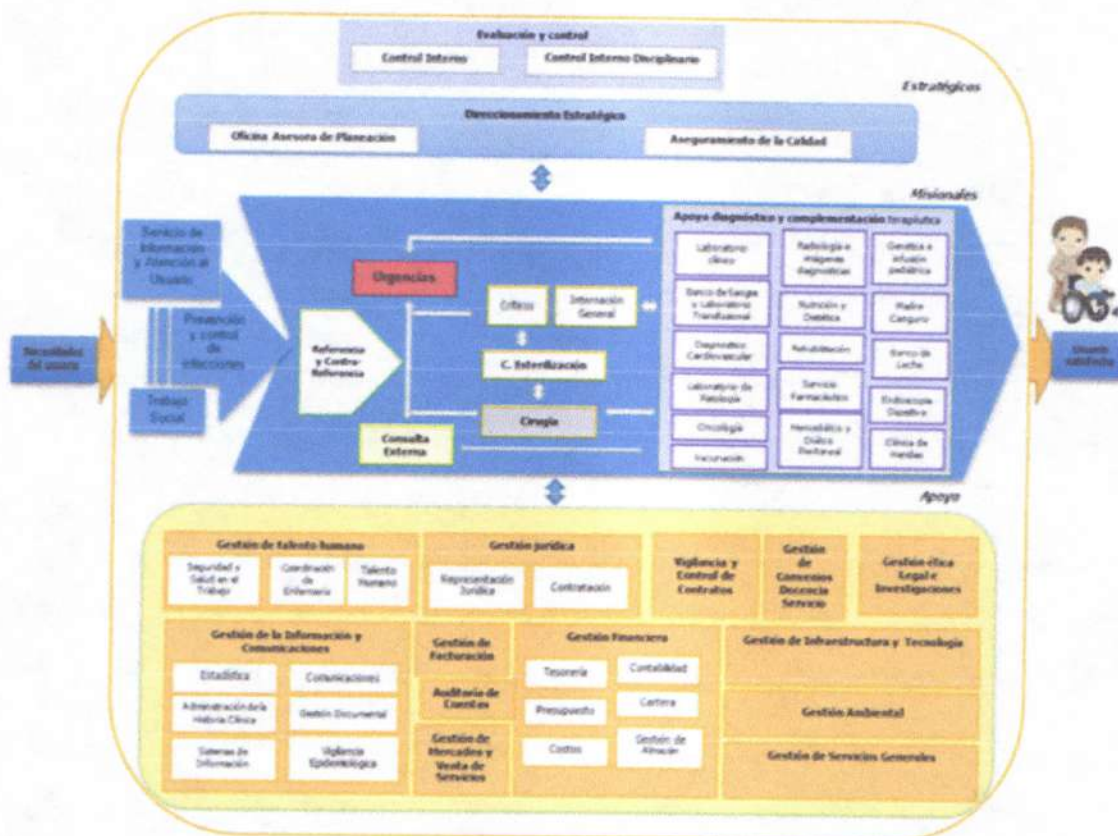
- ¿Cuál el número máximo de niveles en la cadena de mando para la toma de decisiones estratégicas de la entidad?

Rta/ El número máximo de niveles en la cadena de mando para la toma de decisiones estratégicas de la entidad son DOS, como se evidencia en nuestro ORGANIGRAMA.



- ¿Cómo está diseñado el modelo de operación de los procesos de la entidad?

Rta/ El modelo de operación del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. es por procesos como lo muestra el siguiente MAPA DE PROCESOS



Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- Documentación de los procesos de la entidad

Rta/ Se anexa listado maestro de documentos.

No.	PROCESO/ SUBPROCESO	NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO
	SALUD OCUPACIONAL		
1		Manual de Bioseguridad	MAN-SO-01
2		Manual de sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo área banco de sangre	MAN-SO-02
3		Reglamento de higiene y seguridad industrial	RGL-SO-01
		Plan hospitalario de emergencia	PLA-SO-01
			PLA-SO-02
		Sistema de gestión de la salud en el trabajo	MAN-SO-01
		sistema de vigilancia epidemiológica peligro biomecánica	MAN-SO-02
		Sistema vigilancia epidemiológico peligro químico	MAN-SO-03

		PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE PELIGROS OCUPACIONALES PARA LOS TRABAJADORES Y USUARIOS EN GENERAL	PGR-SO-01
		sistema de vigilancia epidemiológica peligro biológico	MAN-SO-01
		Sistema de vigilancias epidemiológico peligro químico	MAN-SO-02
		Sistema de vigilancia epidemiológico peligro químico	MAN-SO-03
		sistema de vigilancia epidemiológica para personal expuesto a radiaciones ionizantes	MAN-SO-04
		Manual de funciones de comité convivencia laboral	MAN-SS-05
		Sistema de vigilancia epidemiológico peligro biomecánico	MAN-SO-02
		programa de capacitación	PRO-SS-01
		PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	PGR-SS-02
		PROGRAMA DE INSPECCIONES	PGR-SS-03
		PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL Y TABACO	PGR-SS-04
		Programa de pausas activas laborales	PGR-SS-05
		MANUAL DE FUNCIONES DE COPASST	MAN-SS-06
		manual SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO	MAN-SS-07
		PLAN DE CONTINGENCIA AREA DE URGENCIA	PLA-SS-02
		PLAN DE AYUDA MUTUA	PLA-SS-02
		PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS LA SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PLA-SS-05
		PLAN DE SEGURIDAD VIAL	PLA-SS-04
	GESTION AMBIENTAL		
4		Plan de residuos hospitalarios y similares -P.G.I.R.H	PLA-GA-01
		programa de uso racional de los recursos ambientales	PRO-GA-01
	ESTERILIZACION		
5		Manual de Buenas Practicas de Esterilización	MAN-EZ-01
		Manual de reuso de dispositivos médicos	MAN-EZ-02
		Plan de contingencia	PLA-EZ-01
	BANCO DE SANGRE		
6		Manual de actividades banco de sangre	MAN-BS-01
8		Manual de inducción del banco de sangre	MAN-BS-03
9		MANUAL INSTITUCIONAL DE HEMOVIGILANCIA	MAN-BS-04
		MANUAL PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD BANCO DE SANGRE Y SERVICIO TRANSFUSIONAL	MAN-BS-05
		manual plan de auditorías internas banco de sangre	MAN-BS-06
		manual promoción de la donación HUSJ	MAN-BS-07
		manual de procedimientos técnicos servicio transfusional	MAN-BS-08
		Manual Ubicación, Asesoría y Canalización de Donantes con Tamizaje Doblemente Reactivo	MAN-BS-09
		manual procedimientos operativos inmunoserologia	MAN-BS-10
		MANUAL procedimientos técnicos BANCO DE SANGRE Y SERVICIO TRANSFUSIONAL	MAN-BS-11
		Manual de Procedimientos Operativos Inmunohematologia Banco de Sangre	MAN-BS-12
		Manual de Calidad de Banco de Sangre	MAN-BS-13
		Manual del Manejo del Producto no Conforme	MAN-BS-14
		Manual de control de almacenamiento	MAN-BS-15
		Manual Actividades Banco de Sangre	MAN-BS-16
		Manual de Aféresis	MAN-BS-17
		MANUAL SELECCIÓN DE DONANTES SANGRE TOTAL Y FLEBOTOMIA	MAN-BS-18
		MANUAL DE TRANSFUSION AMBULATORIA	MAN-BS-19
		MANUAL DE PRODUCCION DE HEMOCOMPONENTES	MAN-BS-20

		MANUAL PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN EL BANCO DE SANGRE	MAN-BS-21
	ALMACEN		
10		Manual para el manejo administrativo de los bienes del Hospital Universitario San José de Popayán	MAN-GA-01
	COMUNICACIONES		
11		Manual de comunicaciones	MAN-CM-01
		Plan de Comunicaciones	PLA-COM-01
	FARMACIA		
12		Manual de buenas prácticas de elaboración de preparaciones magistrales	MAN-CM-01
13		Manual para la elaboración de las preparaciones magistrales no estériles	MAN-CM-02
14		Manual de actividades del servicio farmacéutico	MAN-GM-01
15		Programa de Farmacovigilancia	PG-FAC-02
16		Manual de reuso y dispositivos médicos	MAN-GM-02
17		Manual de gases	MAN-GM-03
18	Direccionamiento	Modelo de atención en salud	MAN-DE-01
19		MANUAL DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	MAN-DE-02
20		PLAN ANTICORRUPCIÓN	GES-DE-PLAN01
21	ARCHIVO		
22		Manual para la elaboración de tablas de valoración documental	MAN-CH-01
23		Manual transferencias documentales	MAN-CH-02
		Programa de gestión documental PGD	PRO-CH-01
		Plan institucional de archivos	PLA-CH-01
24		Programa institucional de tecnovigilancia	PG-TNV-01
	DOCENCIA		
25		Manual reglamento interno practica formativa convenio docencia-servicio	
	LABORATORIO		
26		Programa Institucional de Reactivo vigilancia	PG-LC-01
27		Manual de Gases arteriales	MAN-LC-01
28		manual de inmunología	MAN-LC-02
29		Manual de parasitología	MAN-LC-03
30		Manual de química clínica	MAN-LC-04
31		Manual de uroanálisis	MAN-LC-05
32		manual de coagulación	MAN-LC-06
33		manual de calidad del laboratorio	MAN-LC-07
		Manual de toma de muestra laboratorio clínico	MAN-LC-08
		Manual Hematología	MAN-LC-09
	IMÁGENES		
34		Manual de radio protección	MAN-IM-02
35		Manual de preparación para procedimientos de imágenes diagnósticas	MAN-IM-01
36		Manual garantía de la calidad	MAN-IM-04
37		Manual de vigilancia epidemiológica y radiológica de personal expuesto a radiación	MAN-IM-03
		Manual de la garantía de la calidad de la imagen	MAN-IM-04
	PATOLOGIA		
38		Manual de normas generales de la unidad de quirófanos "Normas de comportamiento en la unidad de quirófanos relacionadas con la asepsia del equipo de atención,	MAN-AC-01
39		Normas de comunicación entre el equipo asistencial y con el usuario	MAN-AC-02
		Manual de procedimientos técnicos para laboratorio de patología	MAN-PT-01
		Manual de Calidad del laboratorio de Patología	MAN-PT-02
	CODIGOS		
40		CODIGO DE ETICA	COD-01

41		CODIGO DE BUEN GOBIERNO	COD-02
	PATOLOGIA		
42		MANUAL DE ASEO Y DESINFEXXION PATOLOGIA	MAN-PT-01
	Epidemiologia		
43		Manual de vigilancia de ocurrencia de esavi	MAN-GIN-01
	direccionamiento		
44		Plan anticorrupción	GES-DE-PLAN01
45		programa de responsabilidad social	GES-DE-01
46		Manual de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	GES-DE-PLAN02
47	SS GENERALES	Manual de vigilancia y seguridad privada	APO-SG-01
	MANTENIMIENTO		
48		Plan de contingencia gestión infraestructura y tecnología	PLAN-IT-01
	INFECCIONES		
		Programa de uso racional de antimicrobianos	PRG-INF-01
49		Manual de aislamiento hospitalario	MAN-CI-01
50	FINANCIERA	Manual de control y protección de los recursos institucionales	MAN-GF-01
		Manual de Sarlaft	MAN-GF-02
	Infecciones		
51		Manual de aislamiento hospitalario	MAN-CI-01
52	Salud Ocupacional		
		Plan de auditoria interna a Seguridad y salud en el trabajo	PLA-SS-05
		Plan de seguridad vial	
53	Costos	Manual de costos hospitalarios	MAN-CO-01
54	Auditoria	Manual de calidad auditoría de cuentas medicas	MAN-LC-01
55	Facturación	Manual de Facturación	MAN-FC-01
	Sistemas	Manual de seguridad de la información	MAN-GI-01
		Plan de gerencia de la información	PLA-SI-01
	Estadística	LISTADO DE ACRONIMOS	FO-AC-01
			MAN-HC-01
	referencia	Manejo de transporte de pacientes en ambulancia terrestre	MAN-RC-02
		Manual de referencia y Contrareferencia	MAN-RC-CR1
	GINECOLOGIA	PROGRAMA AMPLIO DE INMUNIZACIONES	MAN-GC-01
	CALIDAD	MANUAL DE CALIDAD	MAN-CA-01
		MANUAL PARA ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL	MAN-CA-02
		PREVENCION Y PROMOCION	MAN-CA-04
		PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	PGR-SP-01
		Programa de Humanización	PGR-HM-01
		Implementación de Cultura del Silencio	MAN-HM-01
	CONTROL INTERNO	MANUAL DE PLAN DE AUDITORIAS	MAN-CN-01
	VIGILANCIA DE CONTRATOS	MANUAL DE LINEAMIENTOS DE FACTURACIO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	MAN-VC-01
	Oncología	Plan de Emergencia oncología	PLA-ON-01
		Manual de Seguridad Física de Equipo de Cobalto	MAN-ON-01
	HISTORIA CLINICA		
		Manual para la gestión institucional de módulo de nacimientos y defunciones del registro único de afiliaciones RUAF	

- **Lista de procesos y procedimientos racionalizados o simplificados.**

Rta/ Se está adelantando el desarrollo del portal web del hospital a través de un convenio inter institucional, que permitirá la racionalización y simplificación de algunos trámites básicos para mejorar la interacción con los grupos de valor.

6. Política de Gobierno Digital.

Preguntas orientadoras

¿Cuántos y cuáles trámites y servicios de la entidad se pueden ejecutar a través de Internet?

¿Qué procesos de la entidad que se encuentran alineados bajo el marco de arquitectura T.I y el modelo de seguridad y privacidad de la información?

¿Cuál es el estado de implementación del Plan Estratégico de Tecnología - PETI?

¿Cuál es el nivel de implementación de la política de Gobierno Digital? (resultado FURAG 2018)

La respuesta a estas preguntas, pueden ser encontradas total o parcialmente en:

1. Micrositio del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), sección de resultados de FURAG
<http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/resultados-2018>
4. Herramienta de autodiagnóstico de Gobierno Digital
<https://autodiagnosticogobdigital.gov.co/>
5. SUIT (trámites y OPA total y parcialmente en línea)

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- Estado de la entidad respecto a la implementación de la política de gobierno digital.
- Documentación de las soluciones tecnológicas de la entidad: manuales de usuarios, manuales de instalación, discos duros con los programas informáticos, entre otros
- Claves y usuarios de acceso a sistemas de información de la entidad. En particular, a la solución Mi Colombia Digital (sitio web provisto por la Dirección de Gobierno Digital).
- Estado y expedientes contractuales de las soluciones tecnológicas que adquirió la entidad durante el cuatrienio.

Esta información se puede encontrar en:

1. Documentación de las soluciones tecnológicas de la entidad: manuales de

usuarios, manuales de instalación - Esta información solamente está en la entidad.

2. Claves y usuarios de acceso a sistemas de información de la entidad. En particular, a la solución Mi Colombia Digital (sitio web provisto por la Dirección de Gobierno Digital) - Esta información puede ser solicitada en la Dirección de Gobierno Digital a través de la mesa de servicio.
3. Expedientes contractuales de las soluciones tecnológicas que adquirió la entidad durante el cuatrienio - Esta información solamente está en la entidad

7. Seguridad Digital.

Preguntas orientadoras

¿Cuáles son los procesos y procedimientos que la Entidad ha implementado en materia de seguridad y privacidad de la información?

¿Existe un rol asociado a las funciones de seguridad y privacidad de la información?

¿Hay presupuesto asignado a la seguridad y privacidad de la información?

¿Está nombrado el enlace de seguridad digital ante la coordinación nacional de seguridad digital?

¿Se han identificado y clasificado los activos de la entidad?

¿Cómo se adelanta la gestión de riesgos de seguridad digital?

La respuesta a estas preguntas, pueden ser encontradas total o parcialmente en:

1. Micrositio del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), sección de resultados de FURAG.
<http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/resultados-2018>
2. Herramienta de autodiagnóstico de Gobierno Digital
<https://autodiagnosticogobdigital.gov.co/>

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- Implementación y estado del Modelo de Seguridad y Privacidad de la información
- Documentación de procesos y procedimientos en materia de seguridad y privacidad
- Identificación del rol asociado a seguridad digital
- Mapa de procesos e identificación de riesgos de seguridad digital

Esta información se puede encontrar en:

La medida de avance o resultado de la implementación de la política se encuentra en los resultados del FURAG 2018.

8. Política de Defensa jurídica.

Preguntas orientadoras

¿Cuántas demandas en contra tenían las entidades públicas del orden municipal al inicio de su periodo de gobierno?

¿Cuántas demandas fueron presentadas en contra de las entidades públicas del orden municipal en su periodo de gobierno?

¿Cuántas demandas en contra tendrán las entidades públicas del orden municipal al finalizar su periodo de gobierno?

¿Qué acciones se realizaron para atender las demandas en contra de las entidades públicas del orden municipal, fueron oportunas?

¿La entidad cuenta con un sistema de información o base de datos que contenga el inventario completo de los procesos judiciales en los que es parte?

¿La entidad tiene demandas activas en su contra?

1. Sí
2. No

¿Cuál es el valor total de las pretensiones de las demandas activas en contra de la entidad?

Con respecto a las sentencias ejecutoriadas que fueron notificadas a la entidad en la vigencia evaluada indique:

1. ¿Cuántas fueron favorables a la entidad?
2. ¿Cuántas fueron desfavorables a la entidad?
3. ¿Cuántas tuvieron fallo inhibitorio?

¿Cuál fue la actividad litigiosa de la entidad? Segmentela por solicitudes de conciliación, procesos judiciales y arbitramentos (tanto activos como terminados) y diferenciada por jurisdicción, acción, causa y valor de las pretensiones asociadas a cada caso, proceso y/o arbitramento.

¿Qué políticas de prevención del daño antijurídico existen en la entidad?

¿Qué pagos efectuó la entidad por concepto de conciliaciones, sentencias judiciales y laudos arbitrales? Indique la fecha y valor pagado, discriminado por capital e intereses, o cuentas por pagar.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL SECTOR PÚBLICO "Juntos mejoramos tu salud"	GERENCIA	FO-ARH-01
		Versión: 0
		Página 43 de 27

9. Política de Mejora Regulatoria

Teniendo en cuenta que la Política de Mejora Regulatoria se incorporó recientemente en el MIPG, a continuación se presentan algunas recomendaciones respecto a la implementación de la Política de Mejora Regulatoria en el nivel subnacional.

1. Planear: crear la Agenda Regulatoria de la Alcaldía y sus secretarías.
2. Diseñar la norma: apropiar manuales de técnica normativa e implementar la metodología de Análisis de Impacto Normativo para el desarrollo de nuevas regulaciones y estandarizar la forma de elaboración de los proyectos de norma con base en directrices impartidas en el Decreto 1081 de 2015.
3. Llevar a cabo procesos de participación: establecer procedimientos claros para la consulta pública en los proyectos regulatorios. Por ejemplo, tener un espacio en la página web para la publicación de la agenda regulatoria, establecer días mínimos, y responder a comentarios recibidos en el tiempo de consulta.
4. Revisar la calidad normativa: establecer criterios de calidad de los proyectos normativos ante de ser adoptados. Ejemplo, revisión por la oficina jurídica antes de la firma del Alcalde.
5. Divulgar la norma: consolidar decretos únicos / resoluciones únicas y contar con un repositorio del inventario normativo de fácil acceso.
6. Evaluar y simplificar: adoptar programas de simplificación normativa – enfocados en las regulaciones que afectan los negocios y el Doing Business.
7. Capacitar a los servidores públicos: se recomienda apoyarse en las herramientas de capacitación en mejora regulatoria, en particular el curso virtual de Política de Mejora Regulatoria que ofrece una mirada amplia para este proceso que DNP está liderando actualmente en todas las entidades de la rama del poder Ejecutivo y se espera lograr replicar el mismo ejercicio en las entidades del orden Subnacional: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/red/aula-virtual/mejora-regulatoria-analisis-impacto-normativo>

10. Política de Servicio al ciudadano.

Preguntas orientadoras

¿La política de servicio al ciudadano se utilizó para la obtención de los resultados y/o productos del sector?

- Si

Si la respuesta anterior fue afirmativa, describa cuáles fueron las actividades adelantadas según cada componente de la política:

Dirección: Carrera 6 N° 10N – 142
www.hospitalsanjose.gov.co

Conmutador: 8234508 Extensión
 Email: gerencia@hospitalsanjose.gov.co

- **Arreglos institucionales (asignar recursos físicos, humanos, organizacionales y financieros para el cumplimiento de la política).**

Rta/ Se adelantó la remodelación del servicio de urgencias, cuarto piso, dotación equipos básicos, creación del banco leche humana, se habilitó el servicio de nefrología, se habilitó, plasmaferesis, se mejoraron los espacios y salas de espera, se aplica reingeniería a procesos de asignación de citas médicas especializadas

- **Procesos y trámites (diseñar e implementar procesos, procedimientos, protocolos y estándares para la prestación del servicio)**

Rta/ Se aplica reingeniería a procesos de asignación de citas médicas especializadas y atención de triage en urgencias.

- **Talento humano (fortalecer las competencias y habilidades en los servidores públicos para mejorar la prestación y calidad del servicio)**

Rta/ Se elabora y aplica el Plan Institucional de capacitación, Plan de inducción y reinducción, Plan de incentivos.

- **Cobertura de canales y territorial (ampliar y fortalecer los canales de atención para los ciudadanos, usuarios y grupos de valor)**

Rta/ Se realizó la caracterización de los usuarios según BD DGH de 2018. Se adelanta la caracterización de colaboradores de planta por talento y humano y contratistas por parte de jurídica. Sus necesidades se escuchan a través de los mecanismos de participación ciudadana (encuesta satisfacción de usuarios, PQRS, buzón de sugerencias, página web, línea 018000, correo institucional, ventanilla única, asociación de usuarios, comité ética hospitalaria) y la encuesta de clima organizacional.

- **Certidumbre (dar a conocer al ciudadano información completa, clara y precisa sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar en la que serán atendidos sus requerimientos)**

Rta/ Por medio de los canales de participación ciudadana se da a conocer a los usuarios las condiciones de tiempo, modo y lugar en la que serán atendidos sus requerimientos.

- **Cumplimiento de expectativas (mejorar el servicio a partir de las características, necesidades, expectativas e intereses de la población)**

Rta/ Esta respuesta es la misma de los puntos anteriores Arreglos institucionales y Procesos y trámites.

Los resultados en general obtenidos ha sido el mejoramiento en las encuesta de satisfacción de los usuarios (98%) y colaboradores.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- **Plan de acción para el fortalecimiento de la política de servicio al ciudadano (incluye diagnóstico, seguimiento y evaluación)**

Rta/ Queda elaborado el Plan de Participación Ciudadana para ser implementado en 2020.

- **Protocolos de atención al ciudadano (incluidos criterios diferenciales: personas con discapacidad, grupos étnicos, población vulnerable)**

Rta/ Los protocolos de atención queda elaborados en todos los servicios asistenciales.

- **Reportes de su gestión frente al servicio al ciudadano (ciudadanos atendidos, informes de PQRSD, etc.)**

Rta/ Quedan los informes de gestión de PQRS, Gestión de liga de usuarios y del Comité de Ética Hospitalaria.

- **Relación de servidores cualificados en política de servicio al ciudadano.**

Rta/ No se ha realizado

- **Iniciativas de los servidores públicos para la mejora en el servicio al ciudadano**

Rta/ No se ha realizado

- **Plan de incentivos a servidores públicos para el desarrollo de iniciativas orientadas al mejoramiento del servicio al ciudadano**

Rta/ No se ha realizado

- **Caracterización de usuarios**

Rta/ Se realizó la caracterización de los usuarios según BD DGH de 2018. Se adelanta la caracterización de colaboradores de planta por talento y humano y contratistas por parte de jurídica. Sus necesidades se escuchan a través de los mecanismos de participación ciudadana

- **Resultados de mediciones de percepción ciudadana**
Rta/ Los resultados en general obtenidos ha sido el mejoramiento en las encuesta de satisfacción de los usuarios (98%) y colaboradores.
- **Lista de servidores públicos graduados del Curso Virtual de Lenguaje Claro**
Rta/ No se ha realizado
- **Lista de documentos traducidos a lenguaje claro**
Rta/ No se ha realizado

11. Política de Racionalización de trámites

Preguntas orientadoras

¿Cuántos trámites tiene? (Línea, parcialmente en línea, presenciales)

¿Cuáles racionalizó en el cuatrienio?

¿Cuáles son las acciones de racionalización más relevantes que implementó y cuáles considera se deben seguir impulsando?

Sistema de Información – SUI

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- Clave SUI
- Modificaciones normativas en curso o existentes en el Consejo respecto a los trámites
- Interoperabilidad con otras entidades nacionales y territoriales (cadenas de trámites), con cuáles, qué bases de datos, convenios suscritos para la interoperabilidad

12. Política de Participación ciudadana en la gestión pública

Preguntas orientadoras

Como resultado de los ejercicios de participación con los grupos de valor ¿qué resultados de la gestión institucional mejoraron?

Rta/ Por citar algunos ejemplos:

El procedimiento de asignación de citas médicas con especialistas, las cuales se entregan a cada EPS y son estas quienes se encargan de asignarlas a cada usuario

según sus criterios de priorización. Esto ha permitido eliminar las filas y exigentes madrugadas con la consecuente mejora en satisfacción de los usuarios.

La inversión en reemplazo de ascensores que permanentemente presentaban fallas por los años de uso sin renovación, y que generaban quejas por el servicio.

La inversión en un espacio físico "Espera Digna" que reclamaban los familiares de usuarios que esperan a la intemperie al exterior de las instalaciones, y que se materializó durante vigencia 2019.

¿Cuántos ejercicios de rendición de cuentas realizó durante su periodo de gobierno?

Rta/ Tres ejercicios de rendición de cuentas de las vigencias 2016, 2017 y 2018.

Los informes finales de rendición de cuentas se encuentran publicados en la página web del hospital.

¿Promovió la creación de veedurías ciudadanas? ¿Cuáles y sobre qué temas?

Rta/ NO APLICA

Mencione y describa buenas prácticas los ejercicios de participación más importantes según las fases del ciclo de la gestión pública (por ejemplo: formulación de presupuesto, planeación discusión de políticas públicas o normas, seguimiento a proyecto, etc.)

Participación en la formulación del presupuesto: En audiencias de rendición de cuentas se venía reclamando de los usuarios mejorar el servicio de ascensores, cosa que se incluyó en el presupuesto y durante la vigencia 2019 se pudo realizar esta mejora en infraestructura.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- **Listado de instancias y miembros formales de participación conformadas**

Rta/ NO APLICA

- **Bases de datos de ciudadanos, empresarios y grupos de valor con los que la entidad ha interactuado.**

Rta/ Las bases de datos de proveedores de bienes y servicios se pueden consultar en el área jurídica, así como las de EPS y demás entidades con las cuales se han realizado contratos y convenios.

- **Resultados de las evaluaciones a los ejercicios de participación y rendición de cuentas (evaluación presentada por la ciudadanía, resultados de encuestas presentadas por la entidad)**

Rta/ Los informes finales de rendición de cuentas incluyendo su evaluación, se encuentran publicados en la página web del hospital.

Dimensión 4. Evaluación de Resultados

13. Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

Preguntas orientadoras

¿Cuál es la evaluación de los resultados obtenidos a nivel institucional, proyectos de inversión y plan de desarrollo?

Rta/ Mediante Acuerdo 004 del 23 de febrero de 2017 se Adopta el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 2016 -2020 al cual se le hace seguimiento anual mediante los Planes de Acción para cada vigencia.

¿La entidad logró los resultados definidos en su planeación?

Rta/ Se lograron los siguientes resultados con los planes de Acción:

2016: 81%

2017: 91%

2018: 89.4%

Todos sus soportes reposan en la Oficina de Planeación del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- Indicadores utilizados por la entidad para hacer seguimiento y evaluación a la gestión.

Rta/ Se lleva seguimiento a los indicadores de la Resolución 408 de 2018 que evalúa el Plan de Gestión y adicional, el master de indicadores que compila otros propios para el cumplimiento de la misión. Total 421 indicadores.

Listado Informes donde se consoliden y analicen los resultados de los indicadores de la gestión institucional de la entidad.

Rta/ Se tienen los informes semestrales de resultados y análisis de indicadores.

Dimensión 5. Información y Comunicación

14. Política de Gestión documental

Preguntas orientadoras

¿Cuál es el estado de la gestión documental de la entidad?

Rta/ El Hospital en su gestión documental cuanta con:

- Programa de Gestión Documental (PGD) actualizado 2019.

- Plan Institucional de Archivos (PINAR) actualizado 2019.
- Políticas de Gestión Documental y Cero Papel.
- Procedimiento de Consulta y Préstamo de Documentos.
- Procedimiento de implementación de Herramientas Tecnológicas.
- Procedimiento de Ventanilla Única de Correspondencia.
- Manual de Transferencias Documentales.
- Protocolo de Limpieza y Desinfección de Archivos.
- Instructivo Tablas de Retención Documental.

¿Cuál es el estado y proyección de contratación de servicios archivísticos?

Rta/

1. El proceso de Gestión Documental cuenta con los servicios de un (1) Tecnólogo en Gestión Documental (coordinador del proceso), cuatro (4) auxiliares administrativo en cargados de la intervención de los depósitos de archivo y atención en la ventanilla Única de correspondencia y un (1) Auxiliar con las actividades de mensajería a nivel urbano.
2. En temas de contratación el proceso cuenta con el Servicio de Admisión, Curso y entrega de Correspondencia y demás envíos Postales a Nivel Urbano, Municipal y Nacional requerido por el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado.
3. Se cuenta con un Software o aplicativo encargado de la radicación de las comunicaciones oficiales tanto internas como externas (DOCUNET).

¿Qué proyectos están en curso o estaban proyectados para desarrollarse, que estén relacionados con la gestión documental: big data, accesibilidad, usabilidad, atención al ciudadano, acceso diferencial, digitalización, entre otros?

Rta/ Como proyecto se tiene la adquisición de equipos (scanner, computadores) para dar inicio a la digitalización de los documentos que reposan en el depósito de archivo central e historias laborales y nominas que reposan en el archivo central de Talento Humano.

¿Cuál es la programación de los recursos económicos y proyectos de inversión vigentes para dar continuidad a lo planeado en el Programa de Gestión Documental?

Rta/ Para la vigencia 2020 se proyectó lo siguiente:

- a. Contratación de Servicio de Admisión, Curso y entrega de Correspondencia y demás envíos Postales a Nivel Urbano, Municipal y Nacional requerido por el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado.
- b. Actualización y soporte técnico del aplicativo DOCUNET.
- c. Actualización y convalidación de las Tablas de Retención Documental

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- Inventario documental
- Archivos organizados acorde con las TRD o Cuadros de Clasificación

Documental aprobados. Unidades de conservación adecuadas acorde con el formato y soporte documental.

- Numeración de los Actos Administrativos (Acuerdo 060 de 2001).
- Tablas de Retención Documental, Tablas de Retención Valoración y Cuadros de Clasificación Documental.
- Organización de Fondos Acumulados. Si tiene: en que estando quedan y cuál es el Plan de Trabajo Archivístico para la intervención del fondo acumulado, acorde con la normativa.
- Inventarios Documentales debidamente diligenciados en los archivos de gestión y en el archivo central, usando el Formato FUID.
- Transferencias documentales.
- Cronograma de transferencias primarias y secundarias.
- Inventario de transferencias primarias y secundarias.
- Indicar, si existe en la entidad, el sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo, y si estos cuentan con características y procedimientos de preservación a largo plazo bajo los criterios establecidos por el AGN

Rta/ El proceso ha venido trabajando junto con la alta gerencia en la implementación de la Gestión Documental a toda la institución, entendiendo la importancia de esta ya que es transversal a todo el hospital y que nos sirve como evidencia científica, administrativa, jurídica, etc...

Es por eso que se han venido implementando los aspectos anteriormente mencionados.

15. Política de Acceso a la información pública.

Preguntas orientadoras

¿Se establecieron acciones de publicación en el sitio web de la información sobre los resultados obtenidos para ese sector?

Rta/ Se publican en la página web oportunamente los informes exigidos por la norma, entre ellos: Estados financieros, Informes contables, Plan anticorrupción, Plan General de Auditorías, Informes de evaluación de rendición de cuentas, Plan de desarrollo, PAYAC, Plan anual de adquisiciones, código de integridad, Informes de Gestión. Invitaciones públicas, Contratos adjudicados, Normograma, Manual de contratación, Informes de contratación, y Procesos Judiciales entre otros.

¿La Procuraduría General de la Nación realizó vigilancias preventivas en materia de transparencia y acceso a la información a la entidad durante el periodo reportado?
¿Cuál fue el resultado y el balance de plan de mejoramiento? ¿La entidad participó en el Índice de Transparencia y Acceso a la información (ITA) de la Procuraduría General de la Nación?

Rta/ Se participó en el ITA obteniéndose un puntaje de 7 puntos. En la Oficina de Planeación reposa el archivo del ITA con la respectiva matriz de valoración de la Procuraduría General de la Nación.

¿La entidad recibió acompañamiento o asistencia técnica en materia de transparencia y acceso a la información pública? ¿Cuáles fueron los resultados?

Rta/ La entidad no ha recibido acompañamiento o asistencia técnica en materia de transparencia y acceso a la información pública.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- ☐ Estado de los instrumentos de gestión de la información pública (Decreto 103 de 2015 Título V)
- ☐ Informes de solicitudes de acceso a la información elaborados (Decreto 103 de 2015, art 52)
- ☐ Ejercicios de autodiagnóstico de la matriz de cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 elaborada por la Procuraduría General de la Nación, discriminando el porcentaje de avance y las acciones pendientes
- ☐ Formulario diligenciado y la clave y usuario de acceso al Índice de Transparencia Activa (ITA) de la Procuraduría General de la Nación.

Rta/ Queda tramitado el autodiagnóstico, formulario diligenciado y clave de usuario y acceso al ITA, cosa que puede verificarse en la página de la PGN.

Dimensión 6. Gestión del Conocimiento.

16. Política de Gestión del conocimiento

Preguntas orientadoras

¿En la entidad existe un grupo de gestión del conocimiento? Si la respuesta es afirmativa, describa qué áreas lo conforman:

Rta/ Comité de Ética de la investigación Científica: El Comité De Ética De La Investigación Científica del Hospital Universitario San José creado mediante Resolución 0665 del 19 de Octubre de 2011, regido por la Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud y Seguridad Social.

El CEIC se encarga de evaluar y aprobar los proyectos de investigación presentados para que se lleven a cabo en el hospital. El comité debe garantizar que las investigaciones que se llevan a cabo cumplan los requerimientos metodológicos, científicos, éticos y legales de la investigación.

Integrantes del comité

Shirley P. Albor – Subgerente Científica

Yolanda Botero de Casas – Abogada Bioeticista, coordinadora Comité De Ética De La Investigación Científica

Dra. María Eugenia Miño – medica NeuroPediatria

Jairo Valencia – Medico Epidemiólogo

Roberth Ortiz Martínez – Medico Ginecobstetra, Especialista en Epidemiologia

¿La entidad cuenta con un plan para la implementación de esta política? ¿Fue aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño?

Rta/ Existen unos estatutos que se presentaron con la propuesta de creación del comité, los cuales se están modificando para ser aprobados por el comité institucional.

¿La entidad generó mecanismos o procedimientos para evitar la fuga de conocimiento?

Rta/ Esta en construcción.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

- **Listado de aliados estratégicos**

Rta/ Mediante convenio docente asistencial las diferentes instituciones universitarias de la ciudad tienen la oportunidad de llevar a cabo proyectos de investigación en el hospital. El convenio del HUSJ es con las siguientes instituciones: Universidad del Cauca, Fundación María Cano, Fundación Universitaria de Popayán.

- **Repositorio de buenas prácticas y lecciones aprendidas**

Rta/ existe una oficina de ética, donde se reciben y reposan los proyectos de investigación que se llevan a cabo en la institución hospitalaria, atendiendo la ley de archivo. También existen procedimientos los cuales son las guías físicas para poder llevar a cabo la actividad de investigación.

Dimensión 7. Control Interno.

17. Política de Control Interno

Preguntas orientadoras

¿El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, está conformado? ¿El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, está actualizado y sus funciones armonizadas atendiendo los Decretos 648 de 2017 y 1499 de 2017?

Rta/ En el comité de Coordinación de Control Interno del mes de agosto de 2019, se socializo la resolución del comité ajustada a los decretos 648 de 2017 y 1499 de 2017, según el formato del DAFP, igualmente se hizo la del comité de planeación y gestión, entregada a Gerencia, con la los vistos buenos de la oficina jurídica el 16 de septiembre de 2019, sin que hasta la fecha haya sido suscrita.

¿La entidad contaba con un esquema para la definición de autoridad y responsabilidad? ¿La entidad definió el Esquema de Líneas de Defensa? Si la respuesta es afirmativa, describa su avance.

Dirección: Carrera 6 N° 10N – 142
www.hospitalsanjose.gov.co

Conmutador: 8234508 Extensión
Email: gerencia@hospitalsanjose.gov.co

Rta/ Mediante resolución No.0538 del 19 de septiembre del 2019, por la cual se determinan responsabilidades específicas respecto al control interno, utilizando el modelo de líneas de defensa, para la información, comunicación y reporte de gestión del hospital universitario San José ESE.

¿Cuál es el análisis del avance (debilidades y fortalezas) del Sistema de Control Interno y su articulación con el Sistema de Gestión a través del MIPG y MECI?

Rta/ La oficina de control interno mediante sus informes pormenorizados de control interno, socializa y publica como lo determina la ley de manera cuatrimestral, con el análisis de cada uno de las dimensiones del MIPG y los componentes del MECI, realizando un análisis de cumplimiento respectivamente, con las respectivas observaciones.

¿Hay auditorías, investigaciones o planes de mejoramiento en curso?

Rta/ La oficina de control interno en los comités de los meses de febrero de 2018 y 2019, le fue aprobado el Plan Anual de Auditorías –PAC–, que para el 2018, obtuvo un avance promedio de entre las auditorías administrativas, asistenciales e informes de ley del 98%, se suscribieron 3 planes de mejoramiento con las áreas asistenciales de Farmacia, Comité de infecciones, y urgencias, y con el área administrativa, con el proceso de Gestión Documental, y se entregó informe final de la auditoría con el proceso de Talento Humano, sin suscribir plan de mejoramiento. Con respecto al PGA, con corte hasta el mes de agosto de 2019, se tiene un avance del 53%, que debido a la falta de personal de apoyo en las auditorías asistenciales, a la fecha solo se ha suscrito plan de mejoramiento con Consulta Externa y estamos por suscribir el plan de mejoramiento con las áreas de Facturación y auditoría de cuentas, quedando pendiente para el próximo año la de internación.

Con referencia a las auditorías con entes de control externos, la superintendencia de Salud, realizó visita en el mes de mayo de 2017, por el cual el Hospital envió oportunamente plan de mejoramiento en el mes de octubre de 2017, en donde informa en primera instancia, que por ser una visita no una auditoría, no es pertinente suscribir plan de mejoramiento, y que remitiría a los entes de control pertinentes las observaciones, ya para agosto del 2019, la gerencia remite el plan de mejoramiento, con las evidencias de cumplimiento y se está en espera de la aceptación.

Con la contraloría municipal, esta oficina encontró cuatro (4) planes de mejoramiento suscritos de las auditorías desde el 2015 hasta el 2017, por lo que se sugirió desde esta oficina consolidarlos en un solo plan, solo con las acciones correctivas no cumplidas, el cual fue aceptado y su cumplimiento se dio en un 100%, en el mes de octubre de 2019.

El siguiente plan de mejoramiento suscrito fue el de contratación de las vigencias 2016 y 2017, el cual se entregó su cumplimiento en el mes de julio de 2019, en un 100%. A la fecha está pendiente el cumplimiento del plan de mejoramiento de la auditoría especial a la gestión financiera y presupuestal del 2018, aceptado en junio del 2019, con un plazo de cumplimiento de las 2 acciones correctivas hasta el 31 de diciembre de 2019.

Indique cuáles aspectos considera relevante que el mandatario saliente le deje al entrante

La oficina de control interno, informa a continuación cada una de las recomendaciones para el mandatario entrante, así:

- Plan de trabajo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Mediante decreto 4025 de octubre de 2019, el alcalde municipal, crea e integra el comité institucional de gestión y desempeño, donde integra a las oficinas de control interno de los entes descentralizados, por lo cual es necesario que el Sr Alcalde articule las oficinas de control interno, y sobre todo que las escuche, teniendo en cuenta que las oficinas de control interno son asesoras y por ello somos los ojos y oídos de cada una de las entidades descentralizadas.
- Informes Sistema de Control Interno: Vigencia 2016, Vigencia 2017 y Vigencia 2018. Incluir certificados de presentación y otros soportes que evidencien su cumplimiento. Se anexan el informe de empalme del anterior jefe de control interno, correspondientes a las vigencias 2014 a 2017. De la vigencia del 2018, se entrega el avance del plan general de auditorías, en donde se incluyen los informes, y auditorías de las áreas asistenciales y administrativas.
- Informes pormenorizados para las vigencias 2016, 2017 y 2018. Incluir soportes de los informes y evidencia de su publicación en las fechas establecidas. Se anexa el pantallazo de la publicación de los informes desde el 2016 hasta la fecha en la página del hospital San José, en el link de planeación/MECI, se encuentran publicados hasta el 2017, como informes MECI, en adelante como informe pormenorizado de control interno, y se solicitó al área de sistemas que a partir del 2do semestre de 2019, se creara un link para control interno donde se publicarían todos los informes correspondientes a esta oficina.
- Avances en Planes de Mejoramiento (i) suscritos con el Organismo de Control; (ii) Producto de Auditorías Internas de la OCI; (iii) Producto de auditorías de otras instancias como organismos certificadores externos (si aplica). Se anexa las carpetas con la información y las evidencias de cada uno de los avances o cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos de las auditorías internas y externas.
- Plan Anual de auditoría vigente y estado de avance con evidencias. Se anexa la evidencia correspondiente, del PGA suscrito para el 2019 y el avance del mismo.


DERLIN YURANI DELGADO RODRIGUEZ
Gerente