



INFORME A LA EVALUACION DE LA GESTION POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023

PARA: La Gerencia.

DE: Oficina de Control Interno.

FECHA: Enero de 2024.

INTRODUCCIÓN

la Oficina de Control Interno desde su rol de evaluador independiente dispuesto por la Ley 87 de 1993 presenta el resultado de la evaluación de la gestión adelantada por cada dependencia, área o servicio de la entidad en la vigencia 2023. Es de mencionar, que para el desarrollo de esta actividad, se tuvo en cuenta la evaluación cualitativa del nivel de ejecución de los compromisos establecidos en el Plan operativo anual (POA).

OBJETIVO: promover la adecuada implementación del autocontrol y administración del riesgo en los procesos de la entidad, con el fin de procurar de que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la alta dirección y atención a las metas u objetivos previstos.

ALCANCE: Evaluación cualitativa del nivel de ejecución de los compromisos establecidos en el Plan operativo anual (POA).

CRITERIOS: Ley 909 de 2004. (Art. 39), Circular 04 de 2005 Consejo Asesor Del Gobierno Nacional. Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.1.4. Decreto 648 de 2017 art. 2020210409 # E. Decreto 2145 de 1999, artículo 8. Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil. Resolución 010 de enero 13 de 2023 contraloría,



DESARROLLO PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

COMPONENTE	PROGRAMA	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIO	META	CUMPLIDO	OBSERVACIÓN
1.1. Atención Médica para el paciente	1.1.1. Articulación de los servicios de Urgencias entre las sedes	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación de urgencias	# de planes de mejora	1	1	Se delegaron acciones de mejora con fechas.
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	90%	90%	Se alcanzo el cumplimiento de habilitación
1.2. Transporte oportuno y seguro de pacientes	1.2.1. Fortalecer la respuesta del transporte asistencial	Ejecución convenio SEM	# de informes	11	11	Se le dio cumplimiento a todas las actividades
		Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación de transporte asistencial	# de planes de mejora	1	1	Se estructuro plan de mejora.
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de actividades	100%	100%	Se dio cumplimiento al plan y se habilitó la ambulancia medicalizada.
1.3. Prevención y promoción para el cuidado y preservación de la salud	1.3.1. Desarrollo de convenios y programas de promoción y prevención	Desarrollo de convenio PIC	Porcentaje	90%	100%	Se dio cumplimiento a las actividades pactadas en el convenio.
		Medición de adherencia a guías de primer nivel	# de auditorias	11	11	planes de mejora en el comité de HC de forma mensual.
		Desarrollo de programas de promoción y prevención	# de programas	8	8	Se logró la prestación de los programas de PyP.
1.4. Atención básica y especializada de los pacientes	1.4.1. Fortalecimiento del servicio de consulta externa	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación	# de planes de mejora	1	1	Se definieron las actividades en el instrumento de auditoria.
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	75.40%	Se dio cumplimiento a 54 requisitos de 68.
	1.4.2. Desarrollo de la unidad de salud visual	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación	# de planes de mejora	1	1	Se registró plan de acción
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	93%	Se dio cumplimiento al 93% de los requisitos.



1.5. Atención con medicina general y especializada de pacientes hospitalizados	1.5.1. Articulación de los servicios de hospitalización de las sedes	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación por sala	# de planes de mejora	6	6	Se definieron las acciones del plan de mejora
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	56.60%	se dio cumplimiento a 60 requisitos de 106
		Estructurar un plan de mejoramiento de capacidad instalada	# de planes de mejora	1	1	Se genero propuesta de remodelación del área de las antiguas urgencias para aumentar capacidad instalada de quirófanos.
	1.5.2. Cuidado materno infantil y generación de actividades de educación para las madres, padres e hijos	Implementar actividades del programa IAMII	# de actividades	10	10	Se realizaron las actividades propuestas.
		Socializar la estrategia IAMII en la inducción general	% de personas	80%	80%	Se alcanzo una cobertura de 80%
		Desarrollo de actividades de la semana de la lactancia materna	# de actividades	1	1	Se realizaron actividades en conjunto con las instituciones del mpio.
		Desarrollo de comité IAMII	# de reuniones	10	11	Se dio cumplimiento al cronograma de comités.
		Ejecución del curso psicoprofilactico	# de capacitaciones	10	11	Se realizaron de forma mensual.
		Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación en atención del parto	# de planes de mejora	1	1	Se establecio la programación de cumplimiento frente al informe de auditoria
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	68.20%	Se logro cumplir con 73 requerimientos del 107 aplicables
1.6. Atención quirúrgica especializada para el mejoramiento de la vida del usuario	1.6.1. Reestructuración del modelo de atención en salas de cirugía	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación en cirugía	# de planes de mejora	1	1	Se realizo programación de actividades con responsables frente al informe de auditoria
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	82%	se cumplio, Archivo Avances planes de mejora en intranet/Herramientas de calidad/Auditorias/Auditorias de calidad/Auditorias 2023
		Estructurar un plan de mejoramiento de capacidad instalada	# de planes de mejora	1	1	propuesta de remodelación del servicio de cirugía para aumentar capacidad instalada de quirófanos. planos de propuesta



1.7. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	1.7.1. Fortalecimiento del Laboratorio de Patología	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación en patología	# de planes de mejora	1	1	Se definieron las actividades en el instrumento de auditoría en Herramientas de calidad/Auditorías
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	70%	85%	Se alcanzó el cumplimiento de habilitación
	1.7.2. Fortalecimiento del Laboratorio Clínico	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación en laboratorio	# de planes de mejora	1	1	Se fijaron 10 acciones de mejora enfocadas a procesos prioritarios
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	64.20%	Se logró cumplir con 17 requerimientos del 42 aplicables
	1.7.3. Fortalecimiento del Servicio de imagenología	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación en servicio de imagenología	# de planes de mejora	1	1	Se definieron las actividades en el instrumento de auditoría
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	68.40%	Se logró cumplir con 52 requerimientos del 76 aplicables
		Desarrollar 3 capacitaciones frente a protección radiológica	# de capacitaciones	3	3	En febrero se realizó actualización de los cursos de radioprotección.
1.8. Recolección, análisis, almacenamiento y distribución de la sangre y sus componentes.	1.8.1. Cultura de la donación voluntaria	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación en servicio pretransfusional	# de planes de mejora	1	1	Se fijaron 5 acciones de mejora enfocadas a procesos prioritarios
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	95%	95%	Se alcanzó un cumplimiento de habilitación especialmente en procesos prioritarios.
		Implementar campañas donación	# de campañas	2	108	Se las campañas en diferentes municipios.



1.9. Farmacovigilancia y seguimiento en el uso de medicamentos	1.9.1. Fortalecimiento del servicios farmacéutico ambulatorio	Elaboración de estudio de rentabilidades y volumen de venta	# de estudios	1	0	No se realizo
		Educación al paciente en autocuidado	# de estrategias	2	2	Se realizo un video de la automedicación y una infografía de adherencia farmacológica y uso prudente de analgésicos (autocuidado)
	1.9.1. Desarrollo de los procesos administrativos y asistenciales de servicio farmacéutico hospitalario	Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación en servicio farmacéutico	# de planes de mejora	1	1	Se definieron las actividades a ejecutar para el cumplimiento de habilitación
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	81%	Se dio cumplimiento.
		Certificación de la central de mezclas	# de certificaciones	1	1	Se recibio visita de certificación, se recibe concepto de aprobación
		Autoinspección para el mantenimiento de la certificación del proceso de aire medicinal	# de autoinspecciones	2	2	autoinspecciones al proceso de aire por parte del equipo de aire.

1.10. Procesamiento de dispositivos para la entrega oportuna de material estéril	1.10.1 Implementar políticas y protocolos de reprocesamiento de material medico quirurgico	Presentar proyecto de renovacion de mesa de partos	# de proyectos	1	1	Se presento proyecto en MEG
		Estructurar plan de mejora frente a requisitos de habilitación en esterilización	# de planes de mejora	1	1	Se definieron actividades a ejecutar para el cumplimiento de habilitación
		Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	100%	Se dio cumplimiento
	2.1.2. Plan de tecnologías de la información y comunicaciones	Ejecución instalacion nueva plataforma adquirida de servidores	# de plataformas	1	1	Se instalaron los servidores
		Adquisición nueva UPS 6KVA para servidores en el área de urgencias	# de UPS	1	1	Se realizó la instalación de la UPS de 6Kva en el servicio de urgencias y las adecuaciones eléctricas para la instalación de la nueva plataforma de servidores.
		Inico implementación Proyecto del Software misional	# de proyecto	1	1	Se dio inicio a la implementación del software. Ver contrato Dinamica en Juridica
		Actualización del plan estratégico de tecnologías de la información y renovación de la resolución institucional de aprobación.	# de documentos	1	1	Se realizo actualización del plan estrategico, se presenta en comité, acta diciembre de comité mjpg.
		Socialización plan estrategico de tecnología de la información al personal institucional.	# de socializaciones	1	0	No se realizo socialización



2.1. Desarrollo informático del Hospital y preservación de la memoria histórica e información interna	2.1.3. Plan de seguridad y privacidad de la información	Actualización de la política de seguridad informática y renovación de la resolución institucional de aprobación.	# de documentos	1	0	No se realizo
		Socialización política de seguridad informática al personal institucional.	# de socializaciones	1	0	No se realizo
	2.1.4 Gestión documental (PINAR)	Planeación del proyecto del Sistema de gestión documental electronica (SGDEA)	# de proyectos	1	1	Se genera proyecto para presentar a comité MIPG y subdirección admon
		Análisis del SGDE	# de informes	1	1	Se realiza analisis y se presenta en el comite institucional de gestión y desempeño
		Diseño del SGDEA	# de estrategias	1	1	Se diseño proyecto de SGDEA y dio inicio a la implementación
		Identificación de los documentos de archivo a eliminar pertenecientes a los periodos de las TVD	# de inventarios	1	1	Se realizaron eliminaciones trimestres, con aprobación en comite de gestión y desempeño. Se actualizo inventario documental y se publico en la pag web en el espacio de transparencia y acceso a la información
		Organización de los documentos por periodos administrativos que harán parte del Archivo Central	# de archivos	1	1	Se realizaron trasferencia documentales del archivo de gestión al central.



		Estudio y evaluación de las necesidades de adecuaciones a la infraestructura existente.	# de informes	1	1	Se realiza documento de diagnostico y se publica en la web
		Actualización del PINAR	# de documentos	1	1	Se actualizo y publico en biblioteca institucional y web
2.2. Recursos físicos y Biomédicos	2.2.1. Cumplimiento del plan de adquisiciones definido en la disponibilidad y oportunidad de equipos, insumos y medicamentos acorde a las necesidades para la prestación de los servicios	Elaboración Plan anual de adquisiciones	Número de planes	1	1	Se elaboro con perosnal de compras y asuxiliar de juridica
		Publicar plan anual en plataforma secop II	Número de planes	1	1	Se publico en Secop II y en la página web institucional
		Cumplimiento del Plan anual de adquisiciones	Porporción	90%	100%	Se dio cumplimiento al PAA, ver PAA en secop
	2.2.3.Modernización de equipos biomédicos y adquisición de nuevos equipos	Renovación de equipos de los diferentes servicios para cumplir con habilitación	# de equipos	10	20	Se tiene disponibles diferentes equipos para renovación de equipos basicos para los servicios
		Presentar proyecto renovacion resonador	# de equipos	1	0	No se realiza proyecto, se espera propuesta de alianza publico privada
2.3. Infraestructura	2.3.1.Ampliacion de la infraestructura fisica	Implementación y ampliación de servicios en la infraestructura existente	# de servicios	2	2	Se realizo adecuación de antiguo espacio arrendado a cancerologia para mejorar el servicio de cardiologia consulta y procedimientos. Se adecuo espacio administrativo entregado por Serviuci para adecuar habitaciones. Se adecuo espacio menor de antiguo cancerologia para trasladar atención de EPS savia y liberar espcois para ampliar consultorio
	2.3.2.Mejoramie nto de la infraestructura fisica	Remodelación y adecuación de espacios de la infraestructura fisica	# de servicios	2	3	Se realizó mantenimiento del servicio de cirugía, lavandería y cardiovida



3.1. Comercialización y fidelización de los servicios e imagen corporativa de la institución	3.1.1. Renovación de la Estrategia de Mercadeo	Fortalecer mecanismos de ventas para atención particular y preferencial	# de estrategias	1	0	
3.2. Desarrollo del intercambio de información con los usuarios internos y externos de la institución	3.2.1. Fortalecimiento de los canales de comunicación	Señalización de áreas en ambas sedes	# de áreas	3	3	Se señalizó el 100% de urgencias, central de esterilización y de consulta externa del bloque central
		Implementación campaña institucional año 2023	# de campañas	1	1	Se realizaron diferentes actividades durante el año para la campaña "Hospital Soy Yo"
		Actualización de página web frente a requerimientos del ITA	# de actualizaciones	2	2	Se realizaron dos actualizaciones según el plan propuesto a abril.
		Actualizar portafolio de servicios para usuarios particular y empresarial	# de portafolios	2	0	Se realizó reunión inicial pero no se dio cumplimiento
3.3. Alianzas y estrategias para la venta de servicios hospitalarios	3.3.1. Estructuración e implementación del proceso de contratación	Modificación e implementación del manual de contratación	# de manuales	1	1	Se actualiza en julio y se publica en biblioteca institucional. Ver código MPE0301001
		Definición de nuevas delegaciones de supervisión	# de Delegaciones	1	1	Se realizaron delegaciones en funcionarios de planta nombrados. Ver contratos en jurídica y resoluciones anexas
		Revisión de formatos de contratación y capacitación frente a los mismos	# de documentos	5	1	Se actualizó el manual de contratación
3.4. Administración ambiental	3.4.1. Racionalización y educación en recursos ambientales y residuos generados	Caracterización de vertimientos y agua potable	# de caracterizaciones	1	1	Ver informes en PC ambiental
		Informe de gestión ambiental	# de informes	2	2	Ver página web/ Nuestro hospital/Gestión institucional/Gestión ambiental
		Adecuación del almacenamiento de residuos	# de almacenamientos	1	1	Se adecua espacio en el antiguo espacio ubicado por la capilla
	3.5.1. Implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión	Estructurar plan de trabajo anual MIPG	# de planes de trabajo	1	1	Se consolidó el plan de trabajo y se cargo al planner para seguimiento
		Reportar Furag II	# de reportes	1	1	Se realizó diligenciamiento del FURAG y se generan los certificados de planeación y control interno
		Seguimiento de plan de trabajo en comités de institucional de gestión y desempeño	# de seguimientos	12	22	Se realizaron dos comités mensuales, en todos se realizó seguimiento a las actividades. Ver Actas de comité de todo el año
		Componente 1: Gestión del riesgo de Corrupción Subcomponente: Política de administración del riesgo Revisar y socializar la política de administración del riesgo de corrupción	# de políticas	1	1	Se socializó en comité institucional de gestión y desempeño y se compartió material interactivo para que los líderes lo socializaran al personal operativo.



		Componente 1: Gestión del riesgo de Corrupción Subcomponente: Construcción del mapa de riesgos de corrupción Hacer partícipe a la comunidad social, grupos de valor y funcionarios internos en la formulación de acciones para PAAC antes y después de su publicación en la web	# planes actualizados	1	1	Se publico para observaciones de la comunidad y por correos para usuarios internos. No se recibieron observaciones de fondo.
		Componente 1: Gestión del riesgo de Corrupción Subcomponente: Construcción del mapa de riesgos de corrupción Actualizar el mapa de riesgos institucional de corrupción	# de mapas	1	1	Se actualizo y publico en la paginaweb
		Componente 1: Gestión del riesgo de Corrupción Subcomponente: Consulta y divulgación Publicar el nuevo mapa de riesgos de corrupción	# de mapas	1	1	Se publico en la página web junto con el PAAC
		Componente 1: Gestión del riesgo de Corrupción Subcomponente: Consulta y divulgación Socializar el nuevo mapa de riesgos de corrupción	# de mapas	1	1	Se compartio material en comite de gestión y desempeño
		Componente 1: Gestión del riesgo de Corrupción Subcomponente: Seguimiento Realizar verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano	# de informes	3	3	Se realizo monitoreo de las actividades desde calidad en el Plan operativo y seguimiento por la jefe de control interno
		Componente 2: Racionalización de trámites Subcomponente: Racionalización de tramites Identificar y clasificar las necesidades de los usuarios relacionadas con tramites percibidas a través de las quejas, reclamos y sugerencias recepcionadas durante la vigencia 2022.	# de informes	1	1	Se realizo encuesta frente a la saísfacciónn de tramites, se encuentran los resultados en Herramientas de calidad / Informes / SIAU / Resultado encuesta tramites
		Componente 2: Racionalización de trámites Subcomponente: Racionalización de tramites Realizar revisión del inventario de trámites y procedimientos administrativos para usuarios	# de inventarios	1	1	Se realizo revisión de los tramites disponibles, en el moemtno no se encuentran más para publicar



	Componente 2: Racionalización de trámites Subcomponente: Racionalización de trámites Actualizar descripción de trámites y procedimientos administrativos para usuarios en la página WEB	# de actualizaciones	1	1	Se realiza actualización de correo e incumplimientos acorde con el ITA
	Componente 2: Racionalización de trámites Subcomponente: Racionalización de trámites Realizar racionalización de trámites	# de estrategias	1	1	Se realiza revisión de trámites, se define no realizar racionalización de trámites en el 2023, se puede evidenciar en la plataforma SUIT, con usuario de control
	Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Información de calidad y en lenguaje comprensible Revisar actividades de la estrategia de rendición de cuentas	# de estrategias	1	1	Se realizó reunión con el grupo de rendición de cuentas y se ratificaron las estrategias implementadas, se retiró "Un café con la administración"
	Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Información de calidad y en lenguaje comprensible Evaluación de la estrategia de rendición de cuentas	# de estrategias	1	1	Se realiza reunión de equipo de rendición de cuentas para evaluar la estrategia. Ver Acta disponible en Herramientas de calidad/Informes/Rendición de cuentas

3.5. Modelo Integral de Planeación y Gestión	Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones Realizar audiencia pública de rendición de cuentas	# de audiencias	1	1	Se realizó en auditorio principal
	Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones Transmitir vía Facebook Live la Rendición de Cuentas	# de transmisiones	1	1	Se transmitió en Facebook
	Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones Publicar informe en la página de la Supersalud	# de informes	1	1	Se reportó el archivo GT003
	Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones Realizar actividad de "Mi gerente escucha"	# de actividades	4	4	Se realizó el primero el 11 de mayo, el segundo el 11 de agosto, el tercero el 18 de octubre el 19 de dic. Ver actas en TH
	Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones Actualizar espacio permanente de rendición de cuentas	# de espacios actualizados	1	1	Se cuenta con el espacio publicitario en el canal Acuario Tv, donde cada 15 días se da información de interés para la comunidad, un espacio permanente que cuenta como rendición de cuentas ya que se habla sobre los diferentes proyectos y servicios que tiene el Hospital, este espacio está acompañado por los diferentes profesionales de la salud, y una vez cada quince días por el
	3.5.2. Plan anticorrupción				



		Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas Informar a los usuarios los mecanismos de participación	# de socializaciones	1	1	Se han realizado diferentes publicaciones para incentivar los mecanismos de participación en redes
		Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas Publicación periódica de los avances del plan de acción	# de seguimientos	2	2	Se publica en pag web. Transparencia/Planeación/4.3. Plan de Acción/ ejecución
		Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional Hacer seguimiento a las oportunidades de mejora identificadas en las rendiciones de cuentas	# de seguimientos	1	1	No se dejaron oportunidades de mejora, los temas planteados se resolvieron en la misma
		Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional Realizar informe de estrategias de rendición de cuentas	# de informes	1	1	Se relizo informe. Ver Intranet/Herramientas de calidad/Informes/Rendición de cuentas
		Componente 3: Rendición de cuentas Subcomponente: Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional Realizar informe de estrategias de rendición de cuentas	# de informes	1	1	Se relizo informe. Ver Intranet/Herramientas de calidad/Informes/Rendición de cuentas
		Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Estructura administrativa y Direcciónamiento estratégico Realizar socialización sobre el SIAU a todo el personal por medio de inducción y reinducción	# de socializaciones	1	1	Se incluyo y mejoro material en la inducción. Ver campus virtual
		Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Estructura administrativa y Direcciónamiento estratégico Realizar caracterización de grupos de valor	# de caracterizaciones	1	1	Estadística realizó la actualización del documento acorde co la información de ambas sedes
		Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Estructura administrativa y Direcciónamiento estratégico Estructurar las actividades del Plan de participación Social	# de planes	1	1	Se consolido plan y reporto archivo PPS en pisis



	Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Estructura administrativa y Direcciónamiento estratégico Enviar informes del SIAU a la gerencia y subdirecciones	# de informes	4	4	Se envía vía correo electrónico a los directivos, Secretaría de salud y se publica en la web. Ver correo de atención al usuario
	Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Fortalecimiento de canales de atención Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al usuario	# de documentos	2	2	Se actualizó el Manual del sistema de información y atención al usuario y el Manual de orientación al usuario. Ver en biblioteca cod. MEC0201003 y MEC0201001
	Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Fortalecimiento de canales de atención Dar respuesta a las peticiones dentro de los términos	Porcentaje	4	4	Se incluye en el informe trimestral. Ver consolidado PQRSF en oficina de atención al usuario
	Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Talento humano Ejecutar las capacitaciones frente a humanización de los servicios	# de capacitaciones	1	1	Se realizó un curso de Humanización de los Servicios dirigido al personal que atiende a la ciudadanía en taquillas y Atención al Usuario. Capacitación en Cultura y Filosofía del Servicio. Se incluyó en la Inducción General, el tema de Buen Trato y Humanización.
	Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Talento humano Ejecutar las capacitaciones frente a humanización de los servicios	# de capacitaciones	1	1	Se realizó un curso de Humanización de los Servicios dirigido al personal que atiende a la ciudadanía en taquillas y Atención al Usuario. Capacitación en Cultura y Filosofía del Servicio. Se incluyó en la Inducción General, el tema de Buen Trato y Humanización. Se han realizado actividades enmarcadas en la Campaña "Hospital Soy Yo"
	Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Normativo y procedimental Publicar semestralmente el informe de PQRSF	# de informes	2	4	Se envía vía correo electrónico a los directivos, Secretaría de salud y se publica en la web. Ver correo de atención al usuario
	Componente 4: Atención al ciudadano Subcomponente: Relacionamiento con el ciudadano Consolidar la encuesta de satisfacción	# de informes	4	4	Se elaboró un informe dinámico que genera los informes del mes requerido. Ver Intranet/Herramientas de calidad/Informes/SIAU/Encuesta de satisfacción
	Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Lineamientos de transparencia activa Hacer revisión de auditoría ITA y plan de trabajo para el cumplimiento	# de páginas	1	1	Se estructuró un primer plan de trabajo con revisión a abril

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

E.S.E Rionegro - Antioquia

Nit: 890.907.254.-7



		Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Lineamientos de transparencia activa Implementación plan de mejora ITA	# de planes	1	1	Se actualizo la información y estructura. VER: Herramientas de calidad / Informes / ITA
		Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Lineamientos de transparencia activa Actualizar información de transparencia de la información en la página web	# de actualizaciones	1	1	Se presenta AUTOEVALUACION ITA generando 97% de cumplimiento.
		Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Lineamientos de transparencia activa Publicar de forma oportuna en el SECOP la información contractual		1	1	Se realiza publicación de la información contractual. Ver plataforma Secop II
		Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Lineamientos de transparencia activa Publicar el plan anual de adquisiciones y sus actualizaciones	# de planes	1	1	Se publico en el secop II y página web institucional
		Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Lineamientos de transparencia activa Actualización y publicación del directorio de servidores u	# de actualizaciones	1	1	
		Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Lineamientos de transparencia activa Actualización y publicación en datos abiertos de la Matriz de Activos de Información	# de actualizaciones	1	1	Se actualizo información acorde con el ITA. VER: PagWeb / Transparencia y Acceso a la información / Item 7. Datos abiertos
		Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Lineamientos de transparencia pasiva Gestionar las solicitudes de acceso a la información		1	4	Se incluye en el informe trimestral. Ver consolidado FQRSF en oficina de atención al usuario
		Componente 5: Transparencia y acceso a la información Subcomponente: Monitoreo del acceso a la información publica Diligenciamiento de la información del índice de Transparencia y Acceso a la información ITA	# de matrices	1	1	Se diligencia indice con resultado de 97%. Certificado disponible en Herramientas de calidad/Informes/ITA



3.7.1. Plan estratégico de talento humano	Actualizar el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales	# de manuales	1	1	Se realizo actualización y aprobación por la junta con cambio representativos en la planta
	Realizar seguimiento al cuadro de turnos	# de seguimientos	12	16	
3.7.2. Plan de bienestar e incentivos	Ejecución del plan anual de bienestar	# de informes	1	1	Se genera informe del año. Ver carpeta de informes de TH en el área
Plan anual de vac	Actualizar el Plan de Vacantes	# de planes	1	1	
3.7.4. Plan de capacitaciones	Aplicar y presentar informe de diagnóstico de expectativas de capacitación	# de informes	1	1	Se realizo consolidado e informe, se adjunta al acta de comité directivo
	Elaborar y publicar el cronograma de capacitaciones institucional	# de cronogramas	1	1	Se publico en el Aula virtual quedando a disponibilidad de todos
	Generar informe de ejecución de plan de capacitaciones	# de informes	1	1	Se genera informe del año. Ver carpeta de informes de TH en el área
3.7.5. Plan de provisiones de talento humano	Actualizar el plan de provisiones	# de planes	1	1	
	Medir el Riesgo Psicosocial mediante la batería del Ministerio de Protección Social	# de informes	1	0	No se realizo medición de riesgo
	Implementación de los planes y programas del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo: Riesgo osteomuscular, programa de protección radiológica, sistema de vigilancia para riesgo biológico y programa de prevención para el riesgo público.	Porcentaje	20%	20%	Se cuenta con la implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológico para Riesgo Biológico, Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Radiaciones Ionizantes y trabajadores TOE, Programa de Hábitos de Vida y Estilos Saludables, Programa de Prevención de Desórdenes Músculo Esqueléticos, Programa de prevención de Medicina Preventiva del trabajo, programa de pausas activas, la operatividad del Comité Paritario de Seguridad y Salud en El Trabajo, El Comité de Convivencia laboral los cuales están vigentes y conformados de acuerdo a la normatividad vigente y Comité Hospitalario de Emergencias Hospitalarias.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

E.S.E Rionegro - Antioquia

Nit: 890.907.254.-7



3.7.Gestión y bienestar del talento humano	3.7.4. Implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo	Seguimiento a exámenes médicos de ingreso, periódicos y de retiro	Porcentaje	100%	100%	Se realiza seguimientos a los exámenes médicos con alteraciones. Ver carpeta de exámenes disponible en TH/SST
		Hacer seguimiento a Indicadores de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral	# de seguimientos	2	2	Se realiza seguimiento a todos los accidentes de trabajo. Ver archivo Excel consolidado de seguimiento en oficina de SST
		Realizar actividades de SVE para Radiaciones Ionizantes: Inspección de EPP plomados - Capacitación Radiaciones Ionizantes (Personal expuesto y coordinadores) - Verificación de certificados de aptitud médica (Personal Expuesto Agremiado y/o contratistas)	# de actividades	3	3	Se realiza seguimiento a los EPP acorde co el programa de vigilancia dentro de las inspecciones, se realizaron 3 capacitaciones (manejo del resonador, dosimetría y curso de radioprotección). Ver carpeta de evidencias SST
		Realizar actividades de SVE - Biológico	# de actividades	3	3	Se realizaron rondas con seguridad del paciente, jornada de vacunación, capacitación de riesgo biológico
		Reporte, Investigación, Análisis y Seguimiento de los Accidentes de Trabajo y enfermedades Laborales	# de actividades	3	2	Se realiza seguimiento a todos los accidentes de trabajo. Ver archivo Excel consolidado de seguimiento en oficina de SST
		SVE - Biomecánico Implementación Pausas Activas	# de pausas	10	10	Se realiza implementación del programa de pausas activas, mediante la disposición de estrategia de descanso de pantalla educativos para la realización de las mismas e implementación de pausas activas dirigidas puesto a puesto con fisioterapeuta y profesional en deportes de manera periodica. Se realiza encuesta de riesgo
		SVE - Biomecánico Implementación Pausas Activas	# de pausas	10	10	Se realiza implementación del programa de pausas activas, mediante la disposición de estrategia de descanso de pantalla educativos para la realización de las mismas e implementación de pausas activas dirigidas puesto a puesto con fisioterapeuta y profesional en deportes de manera periodica. Se realiza encuesta de riesgo osteomuscular
		Actividades de promoción y prevención: En prevención del consumo de sustancias psicoactivas, estilos de vida saludable	# de actividades	3	3	Se realiza capacitaciones de nutrición, hábitos saludables y prevención del consumo de alcohol.
		Semana de la Salud (Jornada)	# de actividades	1	1	Se desarrolló del diecinueve (19) al veintitrés (23) de septiembre la semana de la salud desarrollando actividades de promoción y prevención a la salud física, mental y social de los trabajadores, control de fatiga laboral, pausas activas, actividad física, estilos de vida saludables
		Actualización de la Matriz de Peligros	# de actualizaciones	1	1	Se actualizo matriz de peligros agrando servicios o áreas nuevas.
		Inspección, entrega y capacitación de Elementos de Protección Personal	# de inspecciones	3	3	Se realiza la entrega de elementos de protección personal de acuerdo a los protocolos establecidos, en las auditorias a los servicios desde el área de calidad y rondas de seguimiento de seguridad al paciente, jornadas de inducción y reinducción del personal se realiza la educación pertinente al uso eficiente de los mismos. Ver listas de asistencia en carpeta de evidencias de SST
		Seguimiento a trabajos de alto riesgo, categoría riesgo V.	# de seguimientos	3	3	Seguimiento y salud en el trabajo y la Operadora de Protección Radiológica se realiza seguimiento a las lecturas dosimétricas de los trabajadores Ocupacionalmente expuesto y a resultados de los exámenes médicos periódicos, así como el control del personal expuesto que



		Inspección a los EPP para tareas de alto riesgo: riesgo V	# de inspecciones	1	1	Se realizan inspecciones de seguridad a los elementos de protección personal plomados desde Seguridad y Salud en El Trabajo y la Operadora de Protección Radiológica. Ver listas de asistencia en carpeta de evidencias de SST
3.8.Conservación de registros médicos fidedignos de pacientes	3.8.1. Conservación y custodia de las historias clínicas físicas y electrónicas	Eliminación de historias clínicas según resolución 839 de 2017	Porcentaje	20%	37%	Se depuraron 15,267 HC, de 40,267 susceptibles de depuración
3.9.Gestion Financiera	3.9.1. Rediseño y ajuste al procedimiento de facturación	Capacitación al personal	# de capacitaciones	1	1	Se realizaron capacitaciones al personal de facturación del nuevo software de HC.
		Seguimientos periodicos	# de seguimientos	2	12	La coordinación y subgerencia administrativa y financiera realizaron seguimientos mensuales, además se rindió archivo FT025 de informe de facturación y radicación
	3.9.2. Implementación de mecanismos para la recuperación de cartera	Participación en mesas de conciliación	Porcentaje	100%	100%	Se participo en todas las mesas de trabajo de circularización de cartera. Ver actas en oficina de Cartera
		Actualización de documentación	# de documentos	1	1	Se actualizo el documentoIPA0301001 INSTRUCTIVO AREA DE CARTERA en marzo. Ver biblioteca institucional
	3.9.3. Implementación de mecanismos de seguimiento, administración y ejecución presupuestal	Generación de informes de ejecución	# de informes	4	12	Se presenta informe de ejecución de forma mensual a junta directiva
		Cumplimiento de reportes ante IAS	Porcentaje	100%	100%	Se dio cumplimiento a todos los requerimientos recibidos, incluido reporte en Sia Contraloría. Ver aplicativo Sia Contraloría y carpeta de requerimientos antes de control en el CAD
		Implementar medidas para la optimización de recursos en la contratación pública	Porcentaje	90%	100%	Se dio cumplimiento a lo propuesto en el plan. Ver seguimiento de control interno.
	3.9.4. Plan de austeridad	Implementar medidas para la austeridad en gastos de funcionamiento e inversión	Porcentaje	90%	100%	Se dio cumplimiento a lo propuesto en el plan. Ver seguimiento de control interno.
		Implementar medidas para promover la transparencia en la gestión	Porcentaje	90%	100%	Se dio cumplimiento a lo propuesto en el plan. Ver seguimiento de control interno.
		Reporte archivo Seguimiento FPSS en la plataforma PISIS	# de archivos	1	1	Se realizo reporte en plataforma.
		Reporte archivo Programación FPSS en la plataforma PISIS	# de archivos	1	1	Se realizo reporte
		Definición del recurso humano para la gestión del FPSS	# de personas	1	1	Se tiene definida la responsabilidad en la coordinadora de atención al usuario. Ver Manual de perfiles personal tercerizado y Manual de atención al usuario
		Socializar el programa de FPSS en la institución y en la intranet	# de socializaciones	1	1	Se realizo socialización a nivel interno y externo, mediante reuniones de personal y en redes sociales. Ver listas de asistencia en TH, acta de comites MIPG de junio. Redes sociales
		Socializar el programa de FPSS en la página web	# de socializaciones	1	1	Se socializo en la página web y las redes sociales



3.10. Calidad y mejora continua	3.10.1. Plan de participación ciudadana	Ejecución de actividades para la coordinación de la Secretaría local de salud y las EAPB para la formación de la comunidad	# de actividades	4	3	se han realizado tres conversatorios en temas de participación ciudadana veeduría en salud y aspectos de la reforma a la salud se tiene fotos y asistencias
		Socialización del PPSS y los planes de acción en el compo	# de socializaciones	1	1	Se realizó dos COMPOS uno en abril y el otro en junio se tienen las actas y asistencias.
		Presentación de informes de seguimiento al PPSS	# de informes	2	2	Se presento reporte de archivos PPSS y SPSS en la plataforma Pisis. Ver cumplimiento en calidad
		Convocatoria a organizaciones de los grupos de enfoque diferencial a participar en la asociación de usuarios	# de convocatorias	2	2	Se realizo el 10 de septiembre y 18 de nov. Ver Carpeta de evidencias PPSS en oficina de TH
		Implementación de talleres con temas especificados en la PPSS	# de talleres	3	3	Se realizo el 17 de marzo, el 16 de mayo y 18 de noviembre. Ver Carpeta de evidencias PPSS en oficina de TH
		Implementación de jornada de reconocimiento institucional a asociación de usuarios	# de jornadas	1	1	Se realiza el 21 de diciembre, se genera certificación. Ver Carpeta de evidencias PPSS en oficina de TH
		Implementar estrategias digitales para incentivar la participación	# de estrategias	20	10	Se realizaron en conjunto con la comunicadora.
		Implementación de taller básico de tecnología para asociación de usuarios	# de talleres	1	2	Se realizo el 6 de julio y otro el 18 de noviembre. Ver Carpeta de evidencias PPSS en oficina de TH
		Actualización de bases de datos para participación en salud	# de actualizaciones	2	2	Se realizo en cada asamblea de la asociación de usuarios. Ver actas de asambleas
		Ejecución de reuniones ordinarias y extraordinarias de la asociación	# de reuniones	10	12	Ver carpeta de actas de asociación de usuarios del CAD
		Reporte archivo GT004 Asociación de usuarios	# de archivos	1	1	Se realizo el reporte
		Publicación de actos de conformación y funcionamiento de la asociación en pagina web	# de documentos	1	1	Se actualizo información en la pagina web. Ver menu de atención al ciudadano
		Revisión de vigencia de integrantes comité ética	# de revisiones	2	2	Se reviso periodicamente y se mantuvo vigente. Ver carpeta de asociación de usuarios
		Cumplimiento de reuniones comité de	# de reuniones	12	12	Se realizaron todas las reuniones, carpeta de comité ética en el CAD
		Cumplimiento reuniones coopaco	# de reuniones	4	4	Se realizaron las 4 reuniones. Ver actas de coopaco.
		Implementación de actividades de comunicación a la comunidad	# de actividades	4	4	Se realizo conversatorio de los medios y canales de comunicación el 30 de julio, el uso de las plataformas.
		Ejecución de taller de salud publica con enfoque diferencial y de genero	# de talleres	1	1	Se realizo el 5 de sep. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
		Ejecución de actividades de promoción de derechos y deberes	# de actividades	2	11	Se realizaron con el acompañamiento de la asociación de usuarios. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
		Ejecución taller sobre plan de desarrollo y plan territorial de salud a la	# de talleres	2	2	Se realizo el 30 de junio y el 5 de noviembre. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al



Actualización de medios institucionales con información de interes para la ciudadanía	# de actualizaciones	3	3	Se publicaron en redes institucionales. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
Gestión de pqrsl desde la pagina web	# de informes	4	4	Se enviaron y publicaron los informes. Ver correo atención al usuario y pag web menu atención al ciudadano
Aplicación de encuestas de satisfacción	# de informes	4	4	Se enviaron y publicaron los informes. Ver correo atención al usuario y pag web menu atención al ciudadano
Control social a los programas de la IPS	# de actividades	2	2	La veeduría ciudadana realizo dos controles, se envio informe a gerencia. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
Ejecución taller de mecanismos de rendición de cuentas	# de talleres	3	1	Se realizo el 9 de agosto. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
Ejecución taller de control social	# de talleres	2	1	Se realizo el 26 de agosto. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
Ejecución de reuniones de Junta Directiva	# de reuniones	11	11	Se realizaron las reuniones. Ver carpeta de actas en gerencia
Cumplimiento de reuniones de comité de seguridad	# de reuniones	12	12	Se realizaron los comites de cada mes. actas de comite CAD.
Actualización de medios institucionales con información de interes para la ciudadanía	# de actualizaciones	3	3	Se publicaron en redes institucionales. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
Gestión de pqrsl desde la pagina web	# de informes	4	4	Se enviaron y publicaron los informes. Ver correo atención al usuario y pag web menu atención al ciudadano
Aplicación de encuestas de satisfacción	# de informes	4	4	Se enviaron y publicaron los informes. Ver correo atención al usuario y pag web menu atención al ciudadano
Control social a los programas de la IPS	# de actividades	2	2	La veeduría ciudadana realizo dos controles, se envio informe a gerencia. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
Ejecución taller de mecanismos de rendición de cuentas	# de talleres	3	1	Se realizo el 9 de agosto. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
Ejecución taller de control social	# de talleres	2	1	Se realizo el 26 de agosto. Ver carpeta de evidencias PPSS en atención al usuario
Ejecución de reuniones de Junta Directiva	# de reuniones	11	11	Se realizaron las reuniones. Ver carpeta de actas en gerencia



3.10.2. Atención segura y cultura de seguridad	Cumplimiento de reuniones de comité de seguridad	# de reuniones	12	12	Se realizaron los comites de cada mes. actas de comite CAD.
	Implementación campaña de lavado de manos	# de campañas	6	6	Se realizaron 6 campañas adicionales.
	Implementación de estrategias de adherencia al programa de seguridad	# de estrategias	4	4	Se implementaron estrategias enfocada a la educación de paciente de la bata. Ver informe y actas de seguridad del paciente
3.10.3. Auditoria integral y seguimiento al proceso de atención	Implementar el programa de auditorias internas de calidad	# de auditorias	30	33	Se dio cumplimiento Intranet/Herramientas de calidad/Auditorias/Auditorias de calidad/2023
	Ejecutar etapas de planear del pamec	# de etapas	4	4	se dio cumplimiento a todas las etapas para cumplimiento del ciclo
	Ejecutar etapas de hacer del pamec	# de etapas	3	3	Se dio cumplimiento
	Ejecutar etapas de verificar del pamec	# de etapas	1	1	Se alcanzando un cumplimiento superior al 90%. Ver Sharepoint PAMEC
	Ejecutar etapas de actuar del pamec	# de etapas	1	1	Se realizo aprendizaje organizacional y acta de cierre. Ver Sharepoint Pamec
PROGRAMADAS			179		91%

Fuente de información: oficina asesora de planeación

SE CONCLUYE QUE:

Las actividades las cuales no se logró la ejecución en su totalidad, estas se requiere ser replanteadas dentro del plan de acción 2024.

ACTIVIDAS	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	EJECUCION LOGRADA
Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	56.60%	70%



Ejecutar plan de mejora propuesto frente a requisitos de habilitación	% de cumplimiento	80%	68.20%	Se logro cumplir con 73 requerimientos del 107 aplicables	85.25 %
Elaboración de estudio de	# de estudios	1	0	No se realizo	0%
Socialización plan estrategico de tecnología de la	# de socializaciones	1	0	No se realizo socialización	0%
Actualización de la política de seguridad informática y	# de documentos	1	0	No se realizo	0%
Socialización política de seguridad	# de socializaciones	1	0	No se realizo	0%
Presentar proyecto renovacion resonador	# de equipos	1	0	No se realiza proyecto, se espera propuesta de alianza publico privada	0%
Fortalecer mecanismos de ventas para atencion particular y preferencial	# de estrategias	1	0		0%
Actualizar portafolio de servicios para usuarios particular y	# de protafolios	2	0	Se realizo reunión inicial pero no se dio cumplimiento	0%
Revisión de formatos de contratación y capacitación frente a los	# de documentos	5	1	Se actualizo el manual de contratación	20%
Medir el Riesgo Psicosocial mediante la	# de informes	1	0	No se realizo medición de riesgo	0%



Reporte, Investigación, Análisis y Seguimiento de los Accidentes de Trabajo y enfermedades Laborales	# de actividades	3	2	Se realiza seguimiento a todos los accidentes de trabaj. Ver archivo Excel consolidado de seguimiento en oficina de SST	67%
Ejecución de actividades para la coordinación de la Secretaria local de salud y las EAPB para la formación de la comunidad	# de actividades	4	3	se han realizado tres conversatorios en temas de participación ciudadana veeduría en salud y aspectos de la reforma a la salud se tiene fotos y asistencias	75%
Implementar estrategias digitales para incentivar la	# de estrategias	20	10	Se realizaron en conjunto con la comunicadora.	50%

De los 22 componentes con 179 actividades programadas dentro del plan operativo anual, se logró un 95% en la ejecución, lo que es favorable para la entidad.

Además de la ejecución del POA, se le dio cumplimiento a los informes de avances de los planes de mejoramiento de las auditorías, tanto internas como externas, se realizó la evaluación de control interno contable la cual arrojó un puntaje de 4.6, se dio cumplimiento a los informes semestrales de la evaluación del sistema de control interno el cual arrojó un puntaje en promedio de 86, en cuanto a los resultados de la evaluación del índice de desempeño institucional a través del FURAG se logró un puntaje de 65.6, se realizó la autoevaluación al índice de transparencia y acceso a la información ITA la cual arrojó un resultado de 97 puntos.

Se logró el proceso de la reestructuración, la cual mejoró los procesos y designación de responsabilidades, mejorar la calidad del servicio que presta la entidad y equilibrar las cargas laborales.

Ruby Esneda Marín López
Control Interno.