INFORMES

INFORME 13 - 19

1. INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Julio 12 de 2019 a Noviembre 11 de 2019

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014 fue adoptado mediante el Decreto No. 1599 de 2005, actualizado a través del Decreto 943 de Mayo 21 de 2014 y compilado por el Decreto 1083 de Mayo 26 de 2015, "Decreto único reglamentario del sector de función pública", fue establecido en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito mediante el Acuerdo Nº 019 del 23 de Diciembre de 2014 de la Junta Directiva definiendo su estructura conforme lo dispone el Manual Técnico.

2. OBJETIVO GENERAL

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, artículo 9° Reportes del responsable de control interno, que establece: "(…) El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave. (…)".

En consecuencia se presenta a continuación el informe respectivo de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, correspondiente al periodo comprendido entre el **12 de Julio de 2019 y el 11 de Noviembre de 2019**.

El Informe Pormenorizado de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se realiza tomando como principal fuente de información el aplicativo FURAG II, así como los reportes de avance suministrado por el Proceso de Planeación Operativa y las diferentes áreas responsables respecto de la implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Este informe se acoge y se elabora de acuerdo con las instrucciones y metodologías propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, en este periodo de transición.

3. DESARROLLO DEL INFORME

La Ley 87 de 1993 define que el Control Interno es "El sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una organización, con el fin de procurar 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 dirección y en atención a las metas u objetivos previstos".

De acuerdo a lo indicado por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, de conformidad con lo dispuesto en dicha norma, el Control Interno se expresará en las Entidades a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas Instituciones y se cumplirá en toda la escala de la estructura administrativa de las mismas, mediante la elaboración y aplicación de técnicas de dirección, verificación y evaluación de las regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal acorde con la normatividad vigente.

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, es una norma que a manera de instrumento, tiene el propósito de entregarle a las Entidades Públicas los elementos necesarios para construir y mejorar continuamente el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que proporciona una estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo de las Entidades y aunque promueve una estructura uniforme, ésta puede ser completamente adaptada a las necesidades específicas de cada Entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran (DAFP 2014).

El MECI concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, que se dinamizan por la intervención de todos los servidores públicos pertenecientes o que se relacionan con la Entidad Pública, como responsables del control (Principio de Autocontrol) en el ejercicio de sus actividades y el cumplimiento de sus funciones. Así mismo busca la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y comunicación, anticipando y corrigiendo de manera oportuna las debilidades que se presentan en el quehacer institucional (Principios de Autogestión y Autorregulación).

La Ley 87 de 1993 plantea en su artículo 3º. que "en cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por el control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad; y corresponde a la máxima autoridad del organismo o entidad, la responsabilidad de establecer, fortalecer y perfeccionar el Sistema de Control Interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización", lo que implica una responsabilidad directa por parte de la Alta Dirección de las entidades frente al mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno.

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema Único de Gestión se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

En conclusión, el Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y lo articula con el Sistema de Control Interno, siendo MIPG el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información.

Para la actualización de MIPG y su implementación, las entidades públicas tendrán como punto de partida los avances logrados en los anteriores sistemas de Desarrollo Administrativo y Gestión de la Calidad y con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI. Este tránsito será paulatino pero constante, apoyado por Función Pública y las demás entidades Líderes de Política, para lo cual se atenderán las etapas y actividades que se describen a continuación.

I. INSTITUCIONALIDAD

Definición y/o actualización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno, vitales para iniciar el proceso de implementación del MIPG y del MECI, con los siguientes avances:

1. **Adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.**
   Resolución No. 075 de febrero 28 de 2018 "Por medio de la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila".

2. **Comité Institucional de Gestión y Desempeño.**
   Resolución No. 078 de Marzo 02 de 2018 "Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila".

3. **Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.**
   Resolución No. 079 de Marzo 02 de 2018 "Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila"

4. **Reglamento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno**.
   Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control interno, Resolución No. 0232 de Agosto 08 de 2018 "Por medio de la cual se adopta el Reglamento del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control interno de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila"

5. **Estatuto de Auditoria Interna.**
   Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control interno, Resolución No. 0230 de Agosto 08 de 2018 ""Por medio de la cual se adopta el Estatuto de Auditoría Interna que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, departamento del Huila".

6. **Código de Ética del Auditor Interno.**
   Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control interno, Resolución No. 0231 de Agosto 08 de 2018 ""Por medio de la cual se adopta el Código de Ética del Auditor Interno en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, departamento del Huila".

7. **Política de Administración del Riesgo.**
   Acta No. 02 de Diciembre 14 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control. Resolución No. 358 de Diciembre 29 de 2018 "Por medio de la cual se adopta y aprueba la Política de Administración del Riesgo de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila".

8. **Reglamento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.**
   Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Gestión y Desempeño. Resolución Gerencial No. 163 de Mayo 16 de 2018 "Por medio de la cual se establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila y se dictan otras disposiciones".

9. **Autodiagnóstico**
   Resolución Gerencial No. 163 de Mayo 16 de 2018 "Por medio de la cual se establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila y se dictan otras disposiciones" y asigna responsabilidades, las cuales se definen en los siguientes términos: **Artículo 4º. Equipos de trabajo temáticos**: Para la ejecución de las Dimensiones de Gestión y Desempeño Institucional previstas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y las políticas enlistadas en el Decreto 1499 de 2017, se conforman equipos temáticos quienes son los responsables de presentar propuestas y estrategias de operación para la implementación y sostenibilidad de las políticas y los componentes y requisitos del modelo.

E.S.E. HOSPITAL PITALITO GARANTIA DE UN BUEN HOSPITAL

10. Programa de Auditorías Integrales.

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito a partir del PROGRAMA DE AUDITORIAS INTEGRALES DE GESTION Y CALIDAD busca fortalecer y armonizar el Sistema de Control Interno y el Sistema de Garantía de la Calidad, en la búsqueda de la mejora continua de los procesos institucionales.

Este documento se consolida como producto del proceso de acreditación en el cual avanza la institución, articulado entre la oficina de Control Interno; Oficina de Calidad; los procesos de Seguridad y Salud en el Trabajo; y, Gestión del Ambiente Físico.

11. **Mapa de Riesgos Institucionales**.

Se realiza el proceso de contextualización y actualización de los Mapas de riesgos de los procesos, se identifican sus riesgos y se prioriza por parte de los Líderes de los Procesos o Coordinadores de Áreas y se define el Mapa de Riesgos Institucional, priorizando uno o dos riesgos por área o proceso.

E.S.E. HOSPITAL DPTAL. PITALITO GARANTIA DE UN BUEN HOSPITAL

II. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Respecto del avance en el diligenciamiento y apropiación de la herramienta autodiagnóstico podemos concluir lo siguiente:

1. DIMENSIÓN: TALENTO HUMANO

MIPG concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos.

El propósito de la primera dimensión de MIPG -Talento Humano- es ofrecerle a una entidad pública las herramientas para gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro).

Con esta dimensión, y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir con el objetivo central de MIPG "Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas".

PLAN ESTRATÉGICO DEL TALENTO HUMANO.

El Plan Estratégico del Talento humano de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se enmarca en tres momentos:

Ingreso: determinando la necesidad del personal, Selección, Vinculación y/o Contratación e inducción.
Permanencia: Capacitación, Bienestar social e incentivos, Calificación individual periódica, Seguridad y salud en el trabajo.
Retiro: Retiro.

PLANES Y PROGRAMAS DE TALENTO HUMANO.

1) Programa de bienestar social e incentivos.

Está conformado por los procesos y actividades permanentes orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del colaborador, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia, así mismo, permite elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia, efectividad e identificación y compromiso del colaborador con la entidad, aunado al cumplimiento de los Estándares 104 y 115 del Manual de Acreditación en Salud; a saber:

- Celebración de las Profesiones
- Reconocimiento del colaborador del mes
- Exaltación día cumpleaños
- Día libre de cumpleaños
- Elementos (ancheta navideña)

En dicho plan se definen **estímulos no pecuniarios** los cuales se refieren al desarrollo de un torneo interno de alguna disciplina deportiva, para este año correspondió futbol en la modalidad de masculino y femenino, el desarrollo de juegos tradicionales. Se acostumbra inaugurar el evento con una actividad de integración denominada "Sancocho con amor".

En cuanto a **estímulos pecuniarios** en la institución se desarrolla el "Programa Pre-Pensionables o preparación para el retiro de la vida laboral; Actividades de Integración (Junio y Diciembre); Encuentro Empresarial del colaborador y su familia (algunas empresas); Plan de Incentivos (algunas empresas).

2) Plan de seguridad y salud en el trabajo.

El plan establece las actividades de formación, capacitación y fortalecimiento de todo lo relacionado con la Seguridad y Salud en el Trabajo, promoviendo hábitos seguros y saludables que permitan evitar la ocurrencia de incidentes *y/o* accidentes de trabajo, y enfermedades laborales.

- Medición Clima Laboral
- Medición Riesgo Psicosocial
- Rumboterapia
- Desayunos saludables
- Exámenes ocupacionales de ingreso, periódico y de retiro.

E.S.E HOSPITAL DEPAR. PITALITO GARANTIA DE UN BUEN HOSPITAL

- Celebración semana de la Seguridad y Salud en el Trabajo
- Jornada de Integración y promoción de Estilos de vida Saludable.

3) Plan institucional de capacitación.

Comprende acciones de capacitación y formación, que a partir de unos objetivos específicos, facilita el desarrollo de competencias, el mejoramiento de los procesos institucionales y el fortalecimiento de conocimientos para contribuir al cumplimiento de la misión, a la mejor prestación de servicios a la comunidad, al eficaz desempeño de las actividades y al desarrollo personal integral.

Se establece a través de un diagnóstico de necesidades identificadas a través de los colaboradores en cada servicio o área, los resultados de evaluaciones de desempeño y/o calificaciones de personal, la aplicación Batería Riesgo Psicosocial, la encuesta de Clima Organizacional, la encuesta de detección de necesidades en cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, entre otros.

Las actividades de capacitación son organizadas por los Jefes y/o Coordinadores de servicio y éstas son programadas en el calendario dispuesto en la Intranet de la Institución.

Se mide a través de los indicadores del Plan Operativo Anual - POA, el cumplimiento de las actividades así como la cobertura de participación establecida en cada capacitación según el perfil o el proceso que corresponda.

4) Plan de calificación individual periódica.

Se califica semestralmente el desarrollo de las actividades por parte de los colaboradores, teniendo en cuenta: El Conocimiento; el Desarrollo práctico; y, Ejes de Acreditación (Seguridad del Paciente, Transformación Cultural y Humanización

De igual manera se evalúa el periodo de prueba de los colaboradores, permitiendo seleccionar personal con las competencias requeridas.

5) Plan de inducción, reinducción y entrenamiento.

Establece los lineamientos técnicos que permitan garantizar la selección de personal idóneo según las capacidades técnicas, psicotécnicas y de relación interpersonal requeridas en el marco del proceso de Acreditación de la Institución.

Para la vinculación y/o contratación de personal se cuenta con las siguientes modalidades:
- Concurso por méritos de la Comisión Nacional del Servicio Civil
- Contratación a través de Outsourcing
- Semilleros de inducción, en los cuales se evalúa y se tiene en cuenta:
  - Prueba psicológica
  - Prueba psicotécnica

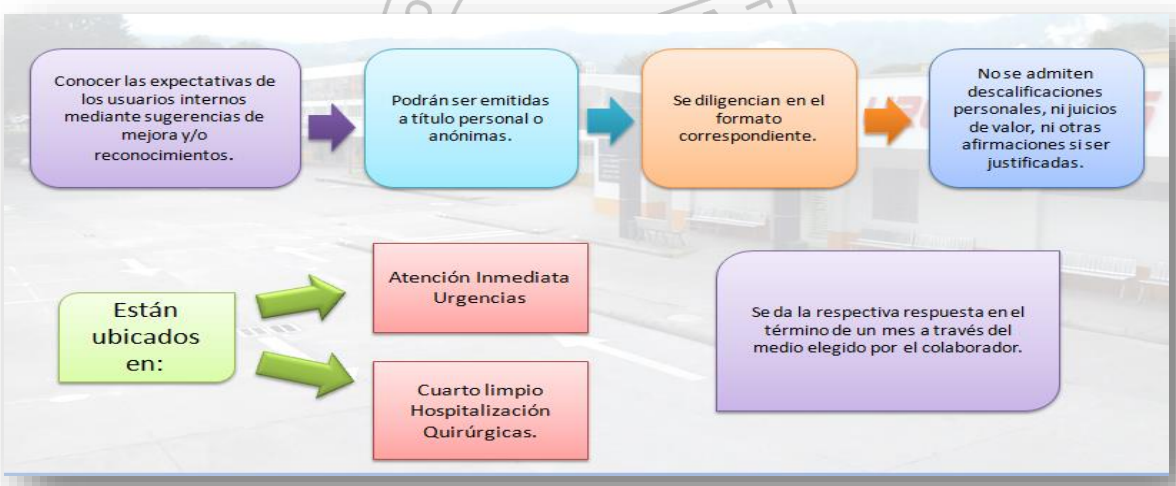
- Evaluación práctica según rotación establecida
- Evaluación de conocimientos
- Inducción institucional y especifica
- Certificación de entrenamiento especifico
- Evaluación periodo de prueba

Se realiza reinducción cada dos años o cuando se presentan cambios significativos en la Institución.

De igual manera, se certifica el entrenamiento cuando hay cambios de puestos de trabajo.

6) Buzón de sugerencias de mejora y/o reconocimientos.

Es un mecanismo de escucha que permita conocer las necesidades y expectativas del cliente interno, orientado hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el paciente y su familia y de mejoramiento continuo de la calidad.



7) Indicadores de talento humano.

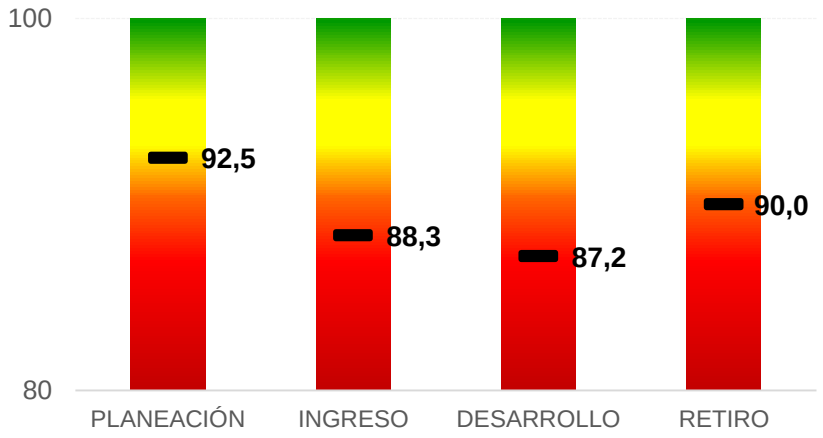
Los procesos de Talento Humano son medidos a través de indicadores permitiendo controlar su efectividad y cumplimiento.

INDICADOR	FÓRMULA	META	PERIODICIDAD
Rotación de personal.	(Número de ingresos + número de egresos/2*100/Número de personas al inicio del periodo + número de personas al final del periodo/2.)	<15%	Mensual
% Sugerencias tramitadas	(Total de sugerencias o reconocimientos tramitadas/Total de sugerencias de mejora o reconocimientos encontradas en los buzones)*100	100%	Mensual

% de cumplimiento a la Inducción Institucional	(Número de aspirantes que cumplieron con la Inducción Institucional /Total de aspirantes programados)*100	100%	Mensual
Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación	(Número de actividades del Plan Institucional de Capacitación ejecutadas en el período / Número de actividades del Plan Institucional de Capacitación programadas en el mismo período)*100	≥80%	Semestral
Cumplimiento Plan de Bienestar Social	(Número de actividades del plan de bienestar institucional ejecutadas en el período / Número de actividades del plan de bienestar institucional programadas en el mismo período)*100	≥80%	Mensual
Ausentismo laboral por Enfermedad Común	(No. de horas perdidas por Enfermedad Común en el período/No. de horas programadas en el mismo período)*100	<10%	Mensual
Ausentismo laboral por Enfermedad Laboral	(No. de horas perdidas por Enfermedad Laboral en el período/No. de horas programadas en el mismo período)*100	<10%	Mensual
Ausentismo laboral por Accidente de Trabajo.	(Número total de horas perdidas por Accidente de Trabajo por subproceso/Número total de horas trabajadas por subproceso)*100	<10%	Mensual
Eficiencia de la estrategia de los Gestores de Cambio.	(Número de colaboradores socializados en los diferentes temas/ Número total de colaboradores que desarrollan procesos en la Institución)*100	≥70%	Semestral

Política Gestión Estratégica del Talento Humano.

El resultado del autodiagnóstico de **Gestión Estratégica del Talento Humano** arrojo una calificación de **88.4** frente a **86.0** con corte a Julio 11 de 2019 y de **64.5** con corte a Marzo 11 de 2019presentando la siguiente calificación por componente:

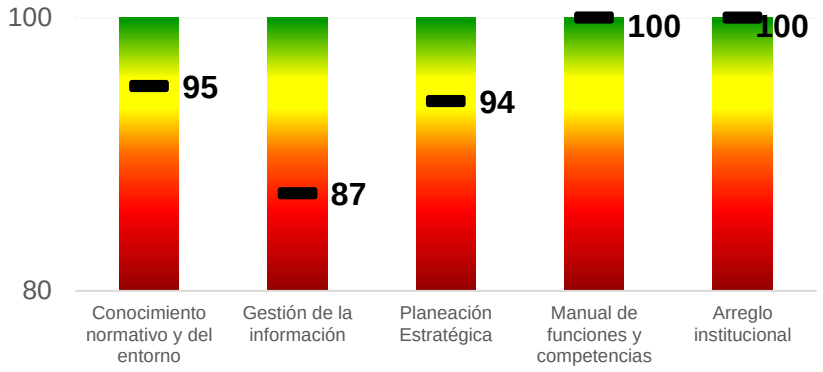


En la presente vigencia se ha venido presentando una implementación gradual, arrojando un puntaje de cumplimiento en escala ascendente. Veamos:

Componente	A Marzo 11 de 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Planeación	73.3	92.3	92.5
Ingreso	59.5	75.0	88.3
Desarrollo	65.7	86.5	87.2
Retiro	56.7	78.3	90.0

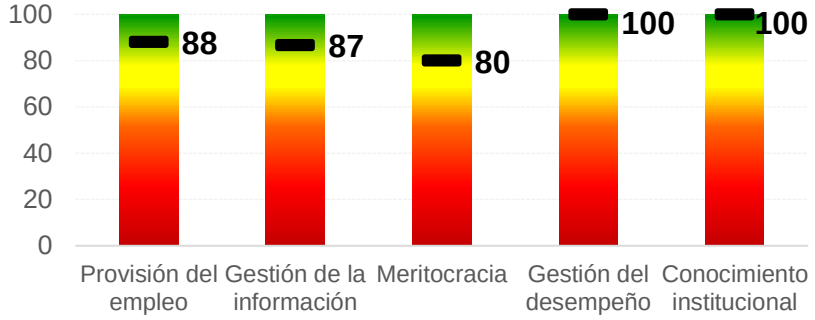
Por categorías presenta el siguiente comportamiento:

Categorías del componente 1: Planeación

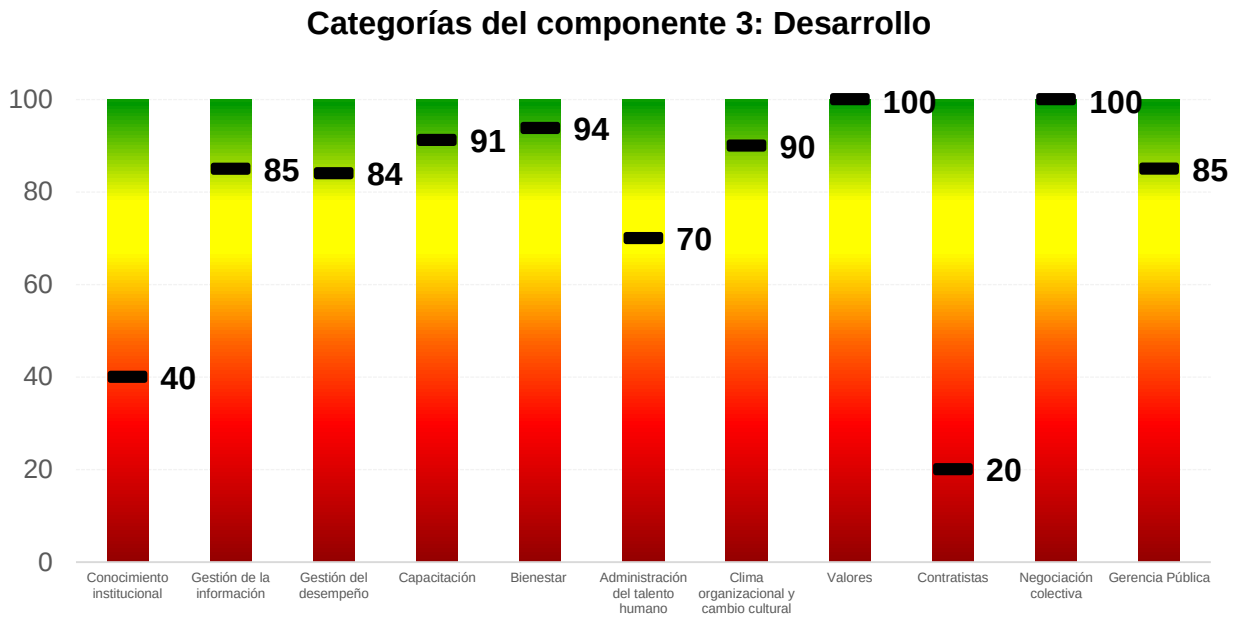


Componente	A Marzo 11 de 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Conocimiento normativo y del entorno	95.0	95	95
Gestión de la información	77.0	87	87
Planeación Estratégica	81.0	93	94
Manual de funciones y competencias	100	100	100
Arreglo Institucional	100	100	100

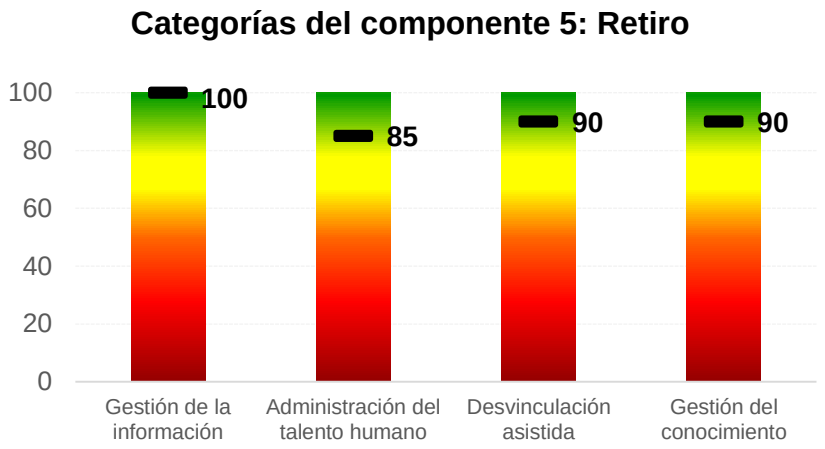
Categorías del componente 2: Ingreso



Componente	A Marzo 11 / 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Provisión de empleo	35.0	60.0	88
Gestión de la Información	80.0	80.0	87
Meritocracia	80.0	80.0	80
Gestión del desempeño	0.0	100	100
Conocimiento institucional	90.0	100	100



Componente	A Marzo 11 / 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Conocimiento institucional	40.0	40.0	40.0
Gestión de la información	68.0	80.0	85.0
Gestión del desempeño	75.0	84.0	84.0
Capacitación	78.0	90.0	91.0
Bienestar	85.0	94.0	94.0
Administración del talento humano	61.0	69.0	70.0
Clima organizacional y cambio cultural	84.0	90.0	90.0
Valores	90.0	100	100
Contratistas	20.0	20.0	20.0
Negociación colectiva	100	100	100
Gerencia pública	75.0	85.0	85.0



Componente	A Marzo 11 / 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Gestión de la información	80.0	100	100
Administración del talento humano	40.0	60.0	85.0
Desvinculación asistida	70.0	85.0	90.0
Gestión del conocimiento	60.0	80.0	90.0

Así mismo, la política de Gestión Estratégica del Talento Humano incluye las Rutas de Creación de Valor, como una herramienta conceptual y metodológica que permita priorizar las acciones previstas. Las Rutas son caminos que conducen a la creación de valor público a través del fortalecimiento del talento humano, y constituyen agrupaciones temáticas que, trabajadas en conjunto, permiten impactar en aspectos puntuales y producir resultados eficaces. Se puede plantear que una entidad que implemente acción efectiva en todas estas rutas habrá estructurado un proceso eficaz y efectivo de GETH.

En cuanto al resultado de la evaluación y estado de avance de la Gestión Estratégica del Talento humano referente a Ruta de Creación de Valor, tenemos el siguiente avance:

Actual

RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR			
RUTA DE LA FELICIDAD La felicidad nos hace productivos	86	- Ruta para mejorar el entorno físico del trabajo para que todos se sientan a gusto en su puesto	86
		- Ruta para facilitar que las personas tengan el tiempo suficiente para tener una vida equilibrada: trabajo, ocio, familia, estudio	89
		- Ruta para implementar incentivos basados en salario emocional	87
		- Ruta para generar innovación con pasión	84
RUTA DEL CRECIMIENTO Liderando talento	91	- Ruta para implementar una cultura del liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento	94
		- Ruta para implementar una cultura de liderazgo preocupado por el bienestar del talento a pesar de que está orientado al logro	90
		- Ruta para implementar un liderazgo basado en valores	92
		- Ruta de formación para capacitar servidores que saben lo que hacen	88
RUTA DEL SERVICIO Al servicio de los ciudadanos	90	- Ruta para implementar una cultura basada en el servicio	90
		- Ruta para implementar una cultura basada en el logro y la generación de bienestar	90
RUTA DE LA CALIDAD La cultura de hacer las cosas bien	90	- Ruta para generar rutinas de trabajo basadas en "hacer siempre las cosas bien"	90
		- Ruta para generar una cultura de la calidad y la integridad	90
RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS Conociendo el talento	89	- Ruta para entender a las personas a través del uso de los datos	89

Anterior

RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR			
RUTA DE LA FELICIDAD La felicidad nos hace productivos	84	- Ruta para mejorar el entorno físico del trabajo para que todos se sientan a gusto en su puesto	86
		- Ruta para facilitar que las personas tengan el tiempo suficiente para tener una vida equilibrada: trabajo, ocio, familia, estudio	85
		- Ruta para implementar incentivos basados en salario emocional	86
		- Ruta para generar innovación con pasión	80
RUTA DEL CRECIMIENTO Liderando talento	89	- Ruta para implementar una cultura del liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento	93
		- Ruta para implementar una cultura de liderazgo preocupado por el bienestar del talento a pesar de que está orientado al logro	88
		- Ruta para implementar un liderazgo basado en valores	90
		- Ruta de formación para capacitar servidores que saben lo que hacen	87
RUTA DEL SERVICIO Al servicio de los ciudadanos	89	- Ruta para implementar una cultura basada en el servicio	90
		- Ruta para implementar una cultura basada en el logro y la generación de bienestar	89
RUTA DE LA CALIDAD La cultura de hacer las cosas bien	88	- Ruta para generar rutinas de trabajo basadas en "hacer siempre las cosas bien"	86
		- Ruta para generar una cultura de la calidad y la integridad	89
RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS Conociendo el talento	83	- Ruta para entender a las personas a través del uso de los datos	83

Observación: Las alternativas de mejora definidas en el Plan de Acción permiten evidenciar avances en su implementación.

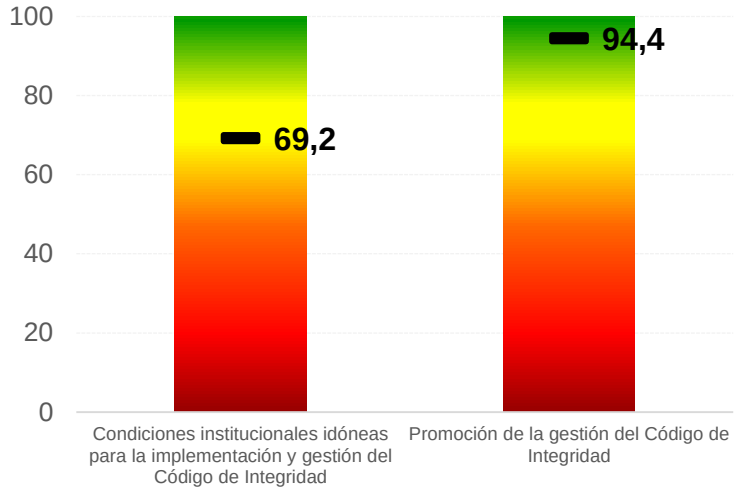
Actualmente no se halla ningún proceso de convocatoria para la provisión de los cargos de carrera administrativa a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

La institución da cumplimiento a la Ley de cuotas 581 de 2000 y realiza los reportes anuales.

Política de Integridad

Como se establece en la Dimensión de Direccionamiento Estratégico, la apuesta por la integridad pública consiste en la unión y coordinación de acciones que se desarrollan por parte de las entidades, los servidores y los ciudadanos.

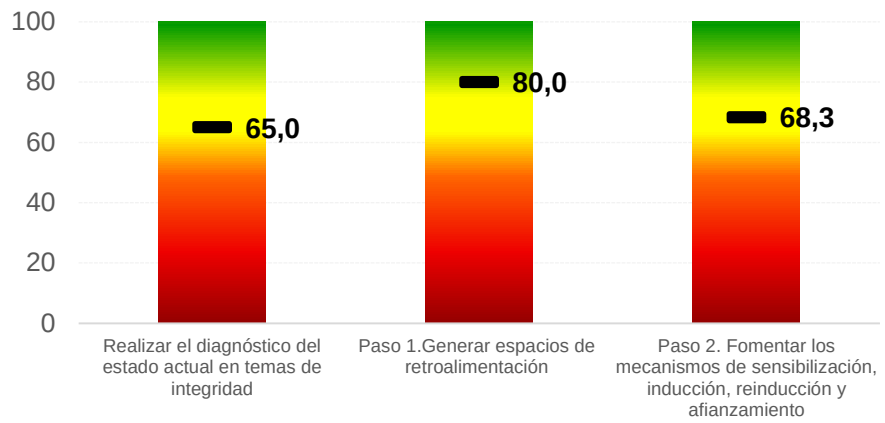
El resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de **80.0** frente a **75.0** con corte a Julio 11 de 2019 y de **54.4** con corte a Marzo 11 de 2019, presentando la siguiente calificación por componente en el periodo evaluado:



Componente	A Marzo 11 / 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del código de integridad.	49.1	67.5	69.2
Promoción de la gestión del código de integridad.	66	90	94.4

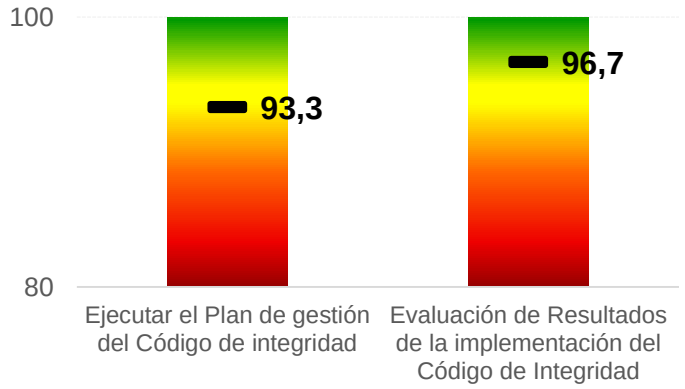
Respecto a la calificación por categoría, tenemos el siguiente resultado:

Categorías del componente 1:
Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad



Componente	A Marzo 11 / 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Realizar el diagnóstico del estado actual en temas de integridad.	50	65	65
Paso 1. Generar espacios de retroalimentación.	50	80	80
Paso 2. Fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento.	48	65	68.3

Categorías del componente 2
Promoción de la gestión del Código de Integridad



Componente	A Marzo 11 / 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Ejecutar el Plan de Gestión del Código de Integridad.	70	85	93.3
Evaluación de resultados de la implementación del Código de Integridad.	50	100	96.7

Observación: Pese a que en el Plan de Acción no se generan alternativas de mejora, se demuestra un avance en su implementación.

La institución cuenta con un Código de Integridad el cual se despliega a través del Comité Técnico Gerencial resaltando la vivencia de un valor semanal, y se comunica por los diferentes medios de comunicación internos y externos a todos los grupos de valor.

Frente a situaciones disciplinarias y de conflictos de interés se disponen de canales de denuncias a través de los buzones de PQR y del Cliente Interno.

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN.

2.1. Política de Direccionamiento y Planeación

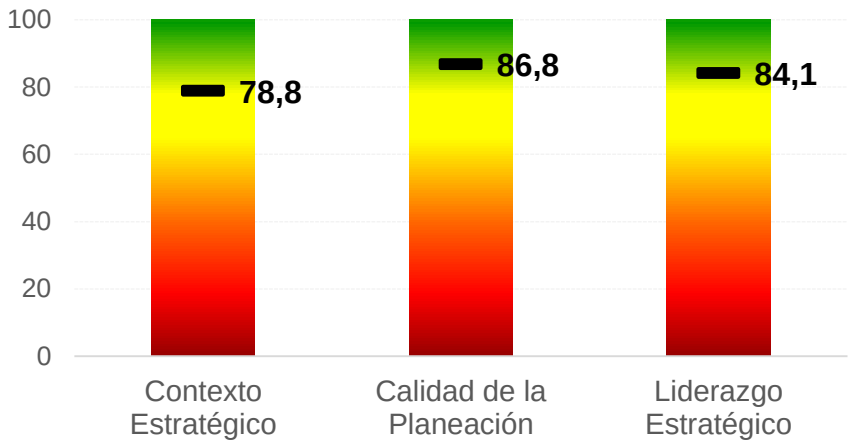
MIPG tiene como condición que las entidades tengan claro el horizonte a corto y mediano plazo que le permita definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, así como fortalecer su confianza y legitimidad. En torno a la satisfacción de las necesidades ciudadanas, las entidades focalizan sus procesos y el uso de sus recursos.

El propósito es permitirle a la Institución definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

Para el desarrollo de esta dimensión deberán tenerse en cuenta los lineamientos de las siguientes políticas de gestión y desempeño institucional:

- Planeación institucional
- Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
- Integridad
- Participación ciudadana en la gestión pública

El resultado del autodiagnóstico NO presenta avance y continúa con la calificación de **83.8** puntos**,** igual al reporte con corte a Junio 11 de 2019 y a Marzo 11 de 2019.



La incidencia en su calificación obedece a la baja calificación en el Componente "Contexto Estratégico", categoría "Identificación de los grupos de valor y sus necesidades" con calificación de 76.9; y, "Diagnóstico de capacidades y entornos" con calificación de 77.

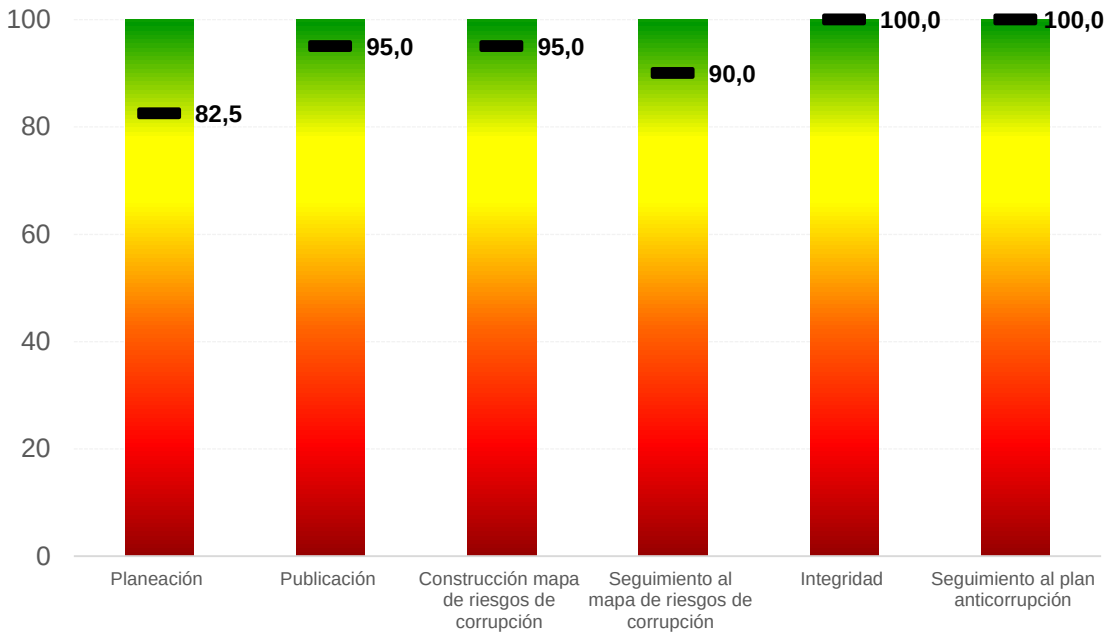
Nota: En el Plan de Acción no se generan alternativas de mejora.

2.2. Política de Gestión Plan Anticorrupción.

Conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 del Estatuto Anticorrupción, cada entidad del orden nacional, departamental y municipal debe elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, que contempla, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano forma parte de la política de transparencia, participación y servicio al ciudadano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que articula el quehacer de las entidades, mediante los lineamientos de cinco políticas de desarrollo administrativo y el monitoreo y evaluación de los avances en gestión institucional y sectorial.

El resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de 94, **,** igual al reporte con corte a Junio 11 de 2019 y a Marzo 11 de 2019, presentando la siguiente calificación por componente:



En el Plan de Acción se genera como alternativa de mejora tratar en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño la actualización del mapa de riesgos de corrupción.

3. GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO.

MIPG facilita que la gestión de las entidades esté orientada hacia el logro de resultados en el marco de la integridad. Para esto, pone en marcha los cursos de acción o trayectorias de implementación definidas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación y contando con el talento humano disponible en la entidad

Tienen como propósito permitirle a la organización realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

Para el desarrollo de esta dimensión deberán tenerse en cuenta los lineamientos de las siguientes políticas de gestión y desempeño institucional:

De la ventanilla hacia adentro:

- Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
- Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público
- Gobierno digital
- Seguridad digital
- Defensa jurídica
- Mejora normativa

Relación Estado Ciudadano:

- Racionalización de Trámites
- Participación ciudadana en la gestión pública
- Servicio al Ciudadano
- Gobierno Digital
- Integridad

La implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos debe ser resultado del ejercicio de Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como de los resultados obtenidos por la entidad. Se trata de entender e interiorizar que todas las dimensiones de MIPG son piezas fundamentales e integrales en un proceso de análisis para el fortalecimiento organizacional.

Saber dónde se encuentra y para dónde va la entidad, y el sector, departamento o municipio al que pertenece, es tan relevante como saber qué insumos, procesos y actividades requiere para poder ejecutar lo planeado. De allí la importancia de definir, clara y abiertamente, cuáles son los resultados, que, como entidad, sector, departamento o municipio se desean conseguir en un periodo concreto, y poder expresarlos en términos de productos, efectos e impactos.

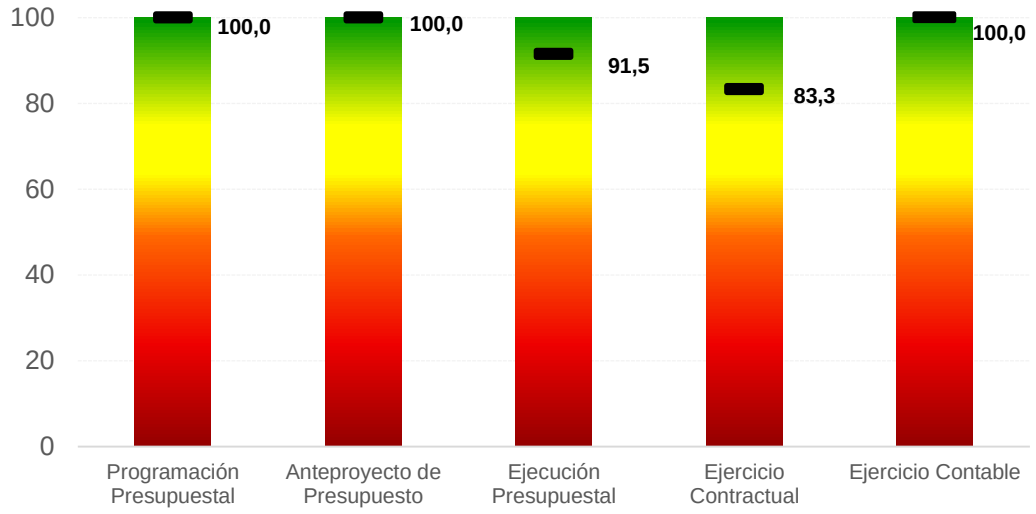
Para resaltar la definición del Mapa de Procesos en el cual se definen todos los procesos de la institución, y se genera la actualización del Listado Maestro de Procesos y Procedimientos.

3.1. Política de Gestión Presupuestal.

La planeación se define en consonancia con la programación presupuestal de la entidad; a su vez, el Marco de Gasto de Mediano Plazo -MGMP y el presupuesto anual permiten establecer los topes presupuestales de gasto público (agregados, por sector y entidad), de tal manera que la planeación estratégica debe ser presupuestalmente viable y sostenible.

Se presenta un avance significativo dado que la organización prepara mensualmente sus Estados Financieros y los publica en la web institucional. Esta labor se viene realizando desde el mes de Marzo.

El resultado del autodiagnóstico se mantiene con una calificación de **95** frente a **95** con corte a Julio 11 de 2019 y a **94.5** con corte a Marzo 11 e 2019, presentando la siguiente calificación por categorías:



Componente	Anterior	Actual
Programación Presupuestal	100	100
Anteproyecto de Presupuesto	100	100
Ejecución Presupuestal	91.5	91.5
Ejercicio Contractual	88.3	83.3
Ejercicio Contable	98.6	100

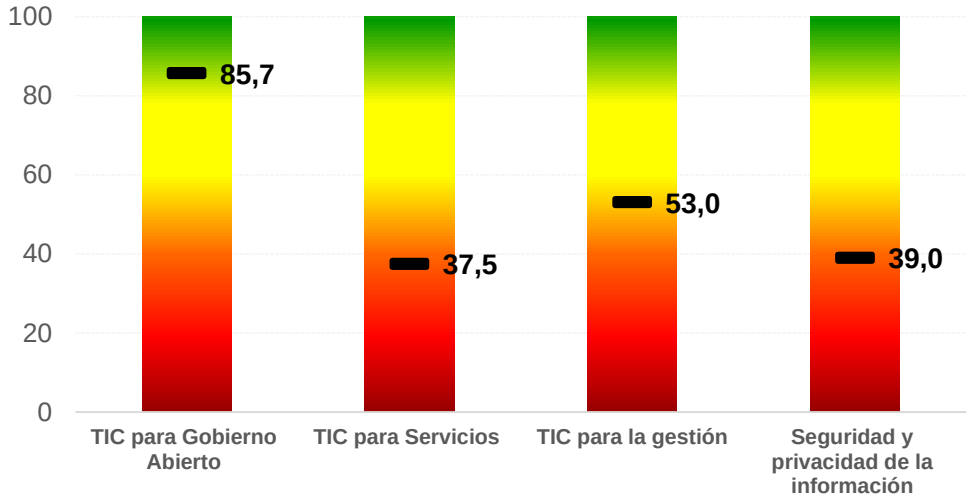
La incidencia en su calificación se afecta por cuanto los lineamientos de la herramienta refiere preguntas que no se realizan en la Empresa, como por ejemplo "asociar todo compromiso presupuestal a una cuenta bancaria previamente registrada en Tesorería en el software que dispone la ESE"; y, "La entidad realiza compras a través de la tienda virtual del Estado Colombiano por Acuerdo Marco de Precios y en Grandes Superficies. SECOP".

3.2. Política de Gobierno Digital

Gobierno Digital es la política de MIPG que busca promover el uso y aprovechamiento de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones -TIC, para consolidar un Estado y ciudadanos competitivos, proactivos, e innovadores, que generen valor público en un entorno de confianza digital.

Esto significa, que a través del Gobierno Digital se busca que tanto el Estado como ciudadanos y diferentes actores de la sociedad, hagan uso de las TIC como herramientas que permiten optimizar la gestión de las entidades, interactuar de manera ágil y coordinada, trabajar conjuntamente en el diseño y desarrollo de políticas, normas, proyectos y servicios, y dar solución a problemáticas y necesidades de interés público.

El resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de 53.8 frente a 46.4 con corte a Julio 11 de 2019 y de 37.1 con corte a Marzo 11 de 2019, presentando en el período evaluado la siguiente calificación, por componentes:



Componente	A Marzo 11 / 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
TIC para Gobierno Abierto con 82.2 puntos – Indicadores de Proceso - Logro: Transparencia - Indicadores de Proceso: Logro: Colaboración - Indicadores de Proceso: Logro: Participación - Indicadores de resultado: Componente TIC para Gobierno abierto.	82.20	82.20	85.70
TIC para Servicios - Indicadores de Proceso. Logro: Servicios centrados en el usuario - Indicadores de Proceso: Logro: Sistema integrado de PQRD - "Indicadores de Proceso: Logro: Trámites y servicios en línea - "Indicadores de Resultado: TIC para Servicios.	37.50	37.50	37.50
TIC para la Gestión - Indicadores de Proceso. Logro: Estrategia de TI - Indicadores de Proceso. Logro: Gobierno de TI - Indicadores de Proceso Logro: Información - Indicadores de Proceso. Logro: Sistemas de Información - Indicadores de Proceso Logro: Servicios Tecnológicos - Indicador de Proceso. Logro: Uso y Apropiación - Indicador de Proceso. Logro: Capacidades Institucionales39.00 - Indicadores de resultado TIC para la Gestión.	44.30	44.30	53.00
Seguridad y Privacidad de la Información. - Indicadores de Proceso. Logro: Definición del marco de seguridad y privacidad de la información y de los sistemas de información - Indicadores de Proceso. Logro: Plan de seguridad y	21.70	21.70	39.00

privacidad de la información y de los sistemas de información - Indicadores de Proceso Logro: Monitoreo y mejoramiento continúo - Indicadores de resultado Seguridad y Privacidad de la Información.			

En materia de Seguridad Digital, el Documento CONPES 3854 de 2016 incorpora la Política Nacional de Seguridad Digital coordinada por la Presidencia de la República, para orientar y dar los lineamientos respectivos a las entidades.

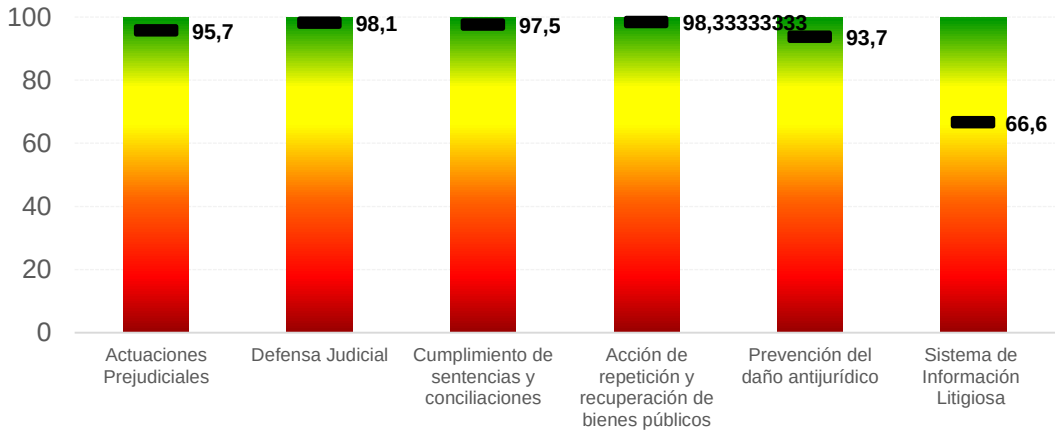
En cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad SOGC, en el componente de ACREDITACIÓN, la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito adopta y define las Políticas de Seguridad de la Información con respecto a la protección de los activos de información (los funcionarios, la información, los procesos, las tecnologías de información incluido el hardware y el software), a la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y al apoyo, generación y publicación de sus políticas, procedimientos e instructivos, la cual esta consignada en el documento POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN – SGSI, Código HSP-POL-09.

3.3. Política de Defensa Jurídica

Todas las inquietudes que las entidades nacionales y territoriales tengan respecto a la implementación de esta política, podrán ser resultas directamente por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado ANDJE0.

No se presentan o reportan avances al momento de la evaluación.

El resultado del autodiagnóstico continúa con una calificación de **91.1**, manteniéndose igual que los informes con corte a Julio 11 de 2019 y Marzo 11 e 2019. Se presenta la siguiente calificación por componentes:



Componente	A Marzo 11 de 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Actuaciones prejudiciales	95.70	95.70	95.70
Defensa Judicial	98.10	98.10	98.10
Cumplimiento Sentencias y conciliaciones	97.50	97.50	97.50
Acción de Repetición y recuperación de bienes públicos.	98.33	98.33	98.33
Prevención del daño antijurídico.	93.70	93.70	93.70
Sistema de Información Litigiosa.	66.60	66.60	66.60

Nota: Se ha diligenciado el Plan de Acción de Defensa Jurídica

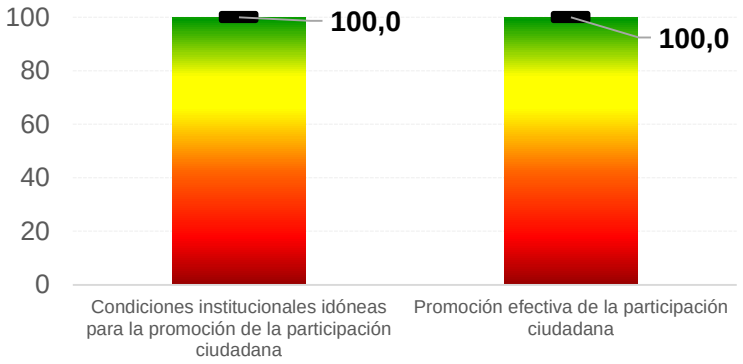
3.4. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

Las entidades deberán diseñar, mantener y mejorar espacios que garanticen la participación ciudadana en todo el ciclo de la gestión pública (diagnóstico, formulación, implementación, evaluación y seguimiento) en el marco de lo dispuesto en artículo 2 de la Ley 1757 de 2015; lo cual exige que, desde la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, se incluya de manera explícita la forma como se facilitará y promoverá la participación ciudadana.

Dentro de los espacios de participación se incluyen aquellos que faciliten el ejercicio del control social y la evaluación ciudadana, a través de procesos permanentes de rendición de cuentas que se deben garantizar durante todo el ciclo de la gestión pública.

No se presentan variaciones en el periodo evaluado.

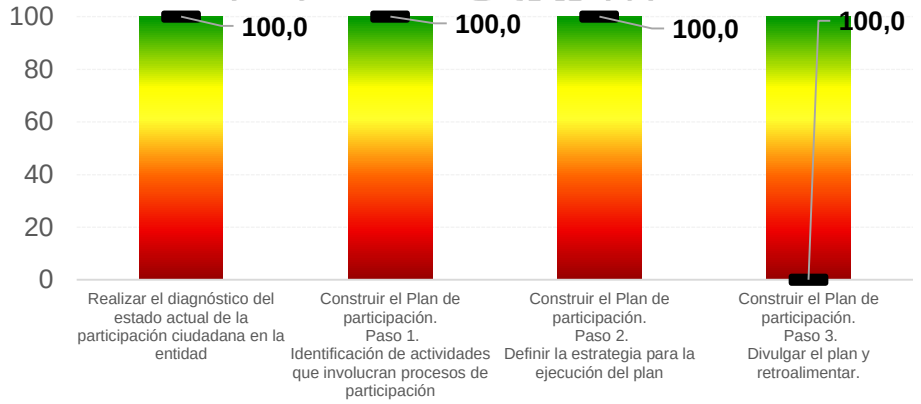
El resultado del autodiagnóstico continua con una calificación de 100 puntos igual a lo reportado en el periodo anterior, presentando la siguiente calificación por Componentes:



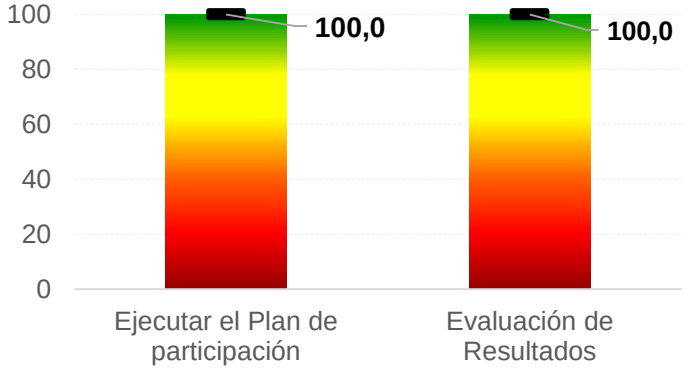
Componente	A Marzo 11 de 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana	100	100	100
Promoción efectiva de la participación ciudadana	100	100	100

De la misma manera se presenta la siguiente calificación por Categoría:

Componente: Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana en las siguientes categorías
Realizar el diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad
Construir el Plan de participación. Paso 1. Identificación de actividades que involucran procesos de participación
Construir el Plan de participación. Paso 2. Definir la estrategia para la ejecución del plan.
Construir el Plan de participación. Paso 3. Divulgar el plan y retroalimentar.



Componente Promoción efectiva de la participación ciudadana
Ejecutar el Plan de participación
Evaluación de Resultados



El Plan de Participación Ciudadana de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito tiene como objetivo dar a conocer a los usuarios y grupos de interés los espacios de participación ciudadana diseñados por la entidad con el fin de facilitar el acceso al ciudadano y permitirle su participación concertada y organizada con respecto al diseño, implementación y seguimiento de las políticas, planes, programas y proyectos institucionales.

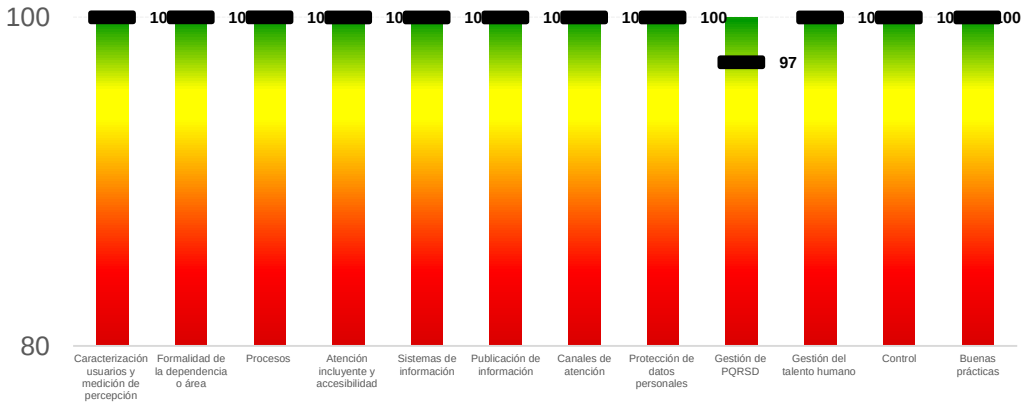
3.5. Política Servicio al Ciudadano.

MIPG es un modelo orientado a resultados, por tanto, precisa que las entidades conozcan los derechos, necesidades y problemas de los ciudadanos, trabajen en torno a los resultados que los satisfacen y evalúen su satisfacción permanentemente. Esto se logra solo si se tiene al ciudadano como el referente para su gestión y como su punto de llegada, y a la ciudadanía organizada como partícipe en las fases de la gestión pública desde su formulación, ejecución y evaluación, según dispone la Ley 489 de 1998.

De igual manera, la Carta Iberoamericana de la Calidad hace un reconocimiento relevante al derecho de los ciudadanos a una gestión pública de calidad y su consecuente empoderamiento para exigir a las entidades la mejora continua en su propio beneficio (CLAD: 2008).

La política de servicio al ciudadano tiene como propósito facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos, mediante los servicios de la entidad, en todas sus sedes y a través de los distintos canales. El servicio al ciudadano se enmarca en los principios de información completa y clara, de igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, eficiencia, transparencia, consistencia, calidad y oportunidad, teniendo presente las necesidades, realidades y expectativas del ciudadano.

El resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de **99.4** frente a **98.6** con corte a Julio 11 de 2019 y de **91.1** con corte a Marzo 11 de 2019, presentando en el período evaluado la siguiente calificación, por categorías:



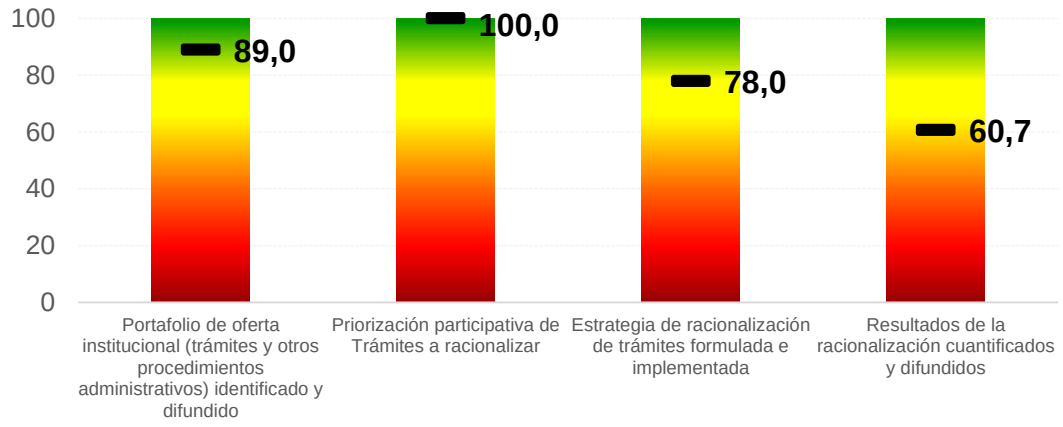
Componente	A Marzo 11 de 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Caracterización usuarios y medición de percepción	100	100	100
Formalidad de la dependencia o	100	100	100
Procesos	100	100	100
Atención incluyente y accesibilidad	92	92	100
Sistemas de información	100	100	100
Publicación de información	100	100	100
Canales de atención	100	100	100
Protección de datos personales	100	100	100
Gestión de PQRSD	97	97	97
Gestión del talento	100	100	100
Control	100	100	100
Buenas prácticas	100	100	100

3.6. Política de Racionalización de Trámites

Los trámites son los mecanismos a través de los cuales los ciudadanos, usuarios y grupos de valor acceden a sus derechos y cumplen con sus obligaciones. La política de Racionalización de Trámites está orientada a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar trámites y procedimientos administrativos, para facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos reduciendo costos, tiempos, documentos, procesos y pasos en su interacción con las entidades públicas.

El resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de **85.2** frente a **81.5** con corte a 11 de Julio de 2019 (Luego de corregido el reporte anterior cuyo responsable había calificado en el rango de 1 a 5 y no de 0 a 100 por cada actividad del componente o categoría.)

La calificación por componente presenta el siguiente resultado:



Componente	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Portafolio de oferta institucional (trámites y otros procedimientos administrativos) identificado y difundido	84.00	89.00
Priorización participativa de Trámites a racionalizar	100	100
Estrategia de racionalización de trámites formulada e implementada	75.00	78.00
Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos	50.00	60.70

4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión.

Tiene como propósito promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. Tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, le permite a la entidad (i) saber permanentemente el estado de avance de su gestión, (ii) plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas, y (iii) al final del periodo, determinar si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos.

MIPG busca que la Evaluación de Resultados se aprecie en dos momentos: a través del seguimiento a la gestión institucional, y en la evaluación propiamente de los resultados obtenidos.

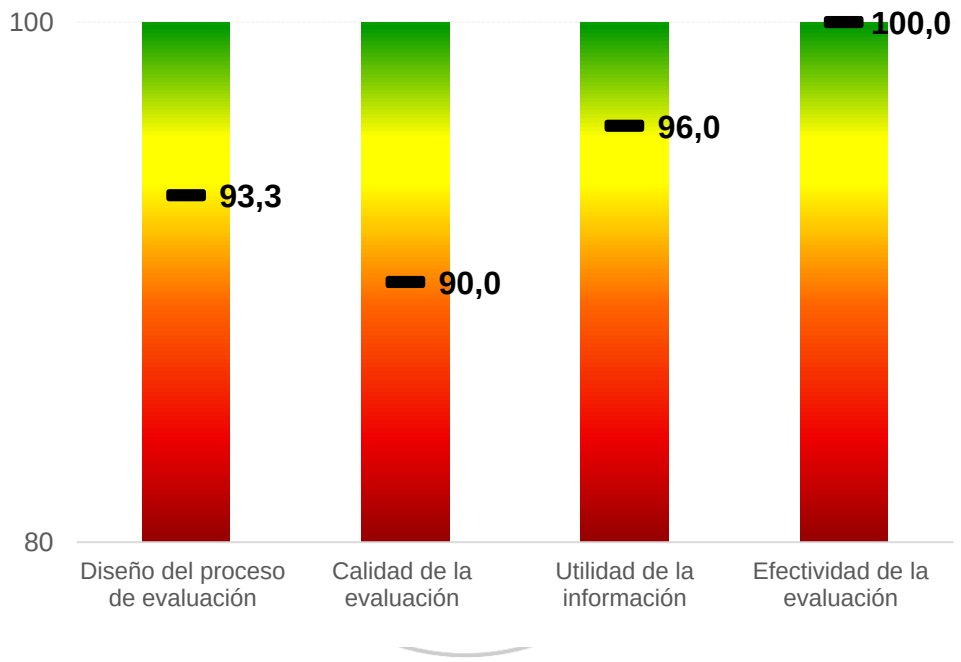
4.1. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

Para facilitar el seguimiento y evaluación del desempeño institucional, la Institución tuvo en cuenta los siguientes lineamientos:

- Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación.
- Revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades.
- Evaluar el logro de los resultados.
- Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.
- Evaluar la percepción de los grupos de valor.

- Adelantar un ejercicio de autodiagnóstico.
- Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación.

Lo anterior, permitió obtener un puntaje de **94.7** en el diligenciamiento de la herramienta de Autodiagnóstico, mostrando el siguiente resultado:



No se elabora Plan de Acción.

5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

MIPG define la Información y Comunicación como una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión.

Tiene como propósito garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, aquella que le permite una interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

El desarrollo de esta dimensión, si bien implica interacción entre todas las Políticas de Gestión y Desempeño, concretamente deberán tenerse en cuenta los lineamientos de las siguientes políticas:

- Gestión documental
- Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

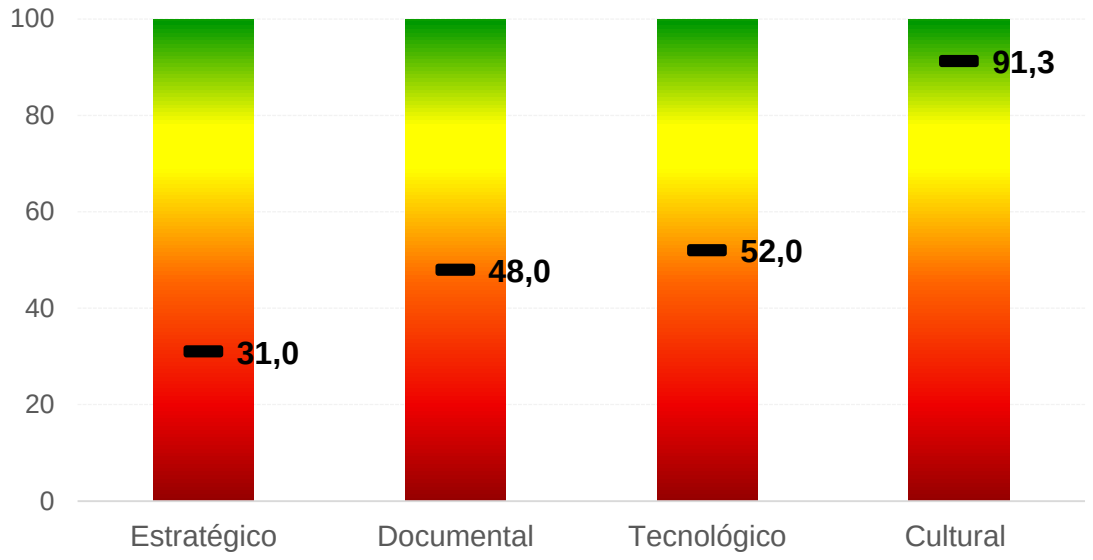
La entidad debe diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro de ella y en su entorno, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso, sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor. Para ello es necesario:

- Identificar y gestionar la información externa
- Identificar las fuentes de información externa
- Identificar y gestionar la información y comunicación interna

5.1. Gestión Documental

Con esta política se busca mayor eficiencia administrativa en la política de la función archivística: gestión documental; la defensa de los derechos (de los ciudadanos, los servidores públicos y las entidades del Estado); la promoción de la transparencia y acceso a la información pública; la seguridad de la información y atención de contingencias; la participación de la ciudadanía en la gestión y a través del control social; el gobierno electrónico; así como la protección del patrimonio documental del país.

El resultado del autodiagnóstico en el periodo evaluado alcanza una puntuación de **45.**2 frente a **38.0** con corte a Julio 11 de 2019 y de **37.6** con corte a Marzo 11 de 2019; presentando la siguiente calificación por categorías:



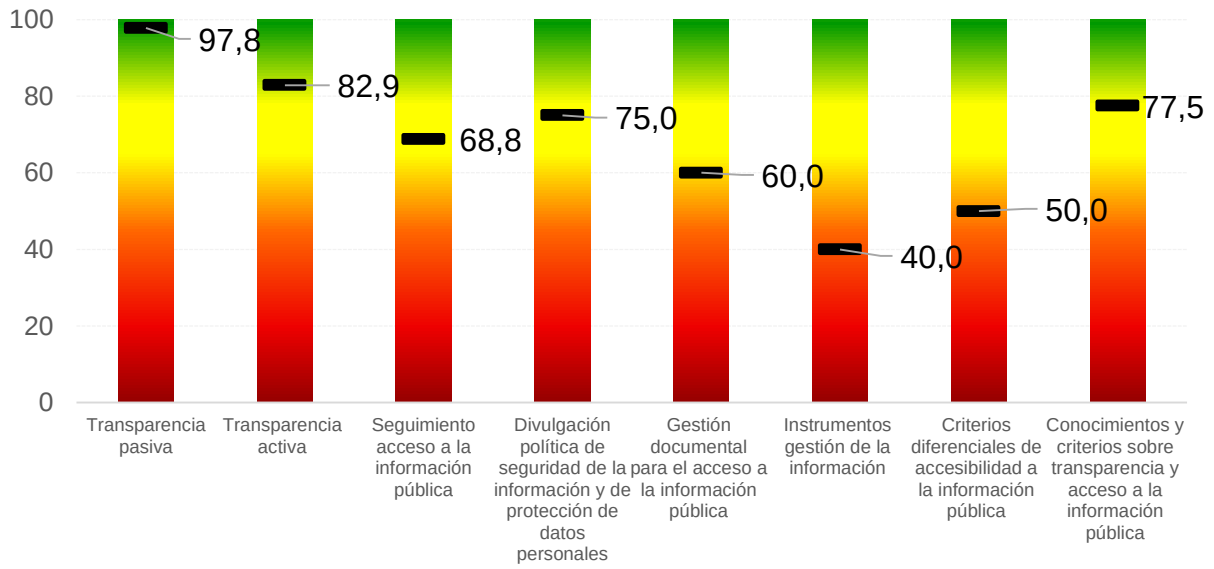
Componente	A Marzo 11 de 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Estratégico	10.0	10.0	31.0
Documental	46.4	46.4	48.0
Tecnológico	52.0	52.0	52.0
Cultural	91.3	91.3	91.3

En el marco del proceso de acreditación se viene prestando mayor atención al tema de Gestión Documental. Como producto a resaltar es la formulación de la Política de Gestión Documental.

5.2. Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción.

Para garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública las entidades tienen la obligación de divulgar activamente la información pública sin que medie solicitud alguna (transparencia activa); así mismo, tienen la obligación de responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a las solicitudes de acceso a la información pública (transparencia pasiva), lo que a su vez conlleva la obligación de producir o capturar dicha información.

El resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de **78.0** frente a **72.3** con corte a 11 de Julio de 2019 y a 11 de Marzo de 2019, presentando el siguiente resultado por categoría:



Componente	A Marzo 11 de 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Transparencia pasiva	82.0	82.0	87.8
Transparencia activa	67.0	77.0	82.9
Seguimiento acceso a la información pública	50.0	56.3	68.8
Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales	38.0	75.0	75.0
Gestión documental para el acceso a la información pública continúa	60.0	60.0	60.0
Instrumentos gestión de la información continua	25.0	25.0	40.0
Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública	20.0	36.0	50.0
Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información pública	58.0	73.3	77.5

Se evidencia avances significativos en cuanto al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 cuyo seguimiento se realiza a partir de la matriz de cumplimiento elaborada por la Procuraduría General de la Nación

De la misma manera se evidencia el Formulario diligenciado referente al Índice de Transparencia Activa (ITA) de la Procuraduría General de la Nación.

6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

6.1. Gestión del Conocimiento y la Innovación.

La Gestión del Conocimiento y la Innovación fortalece de forma transversal a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación) en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.

La sexta dimensión de MIPG -Gestión del Conocimiento y la Innovación- dinamiza el ciclo de política pública, facilita el aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconecta el conocimiento entre los servidores y dependencias, y promueve buenas prácticas de gestión.

En el sector público se genera una cantidad importante de datos, información, ideas, investigaciones y experiencias que, en conjunto, se transforman en conocimiento

No se presentan o reportan avances al momento de la evaluación

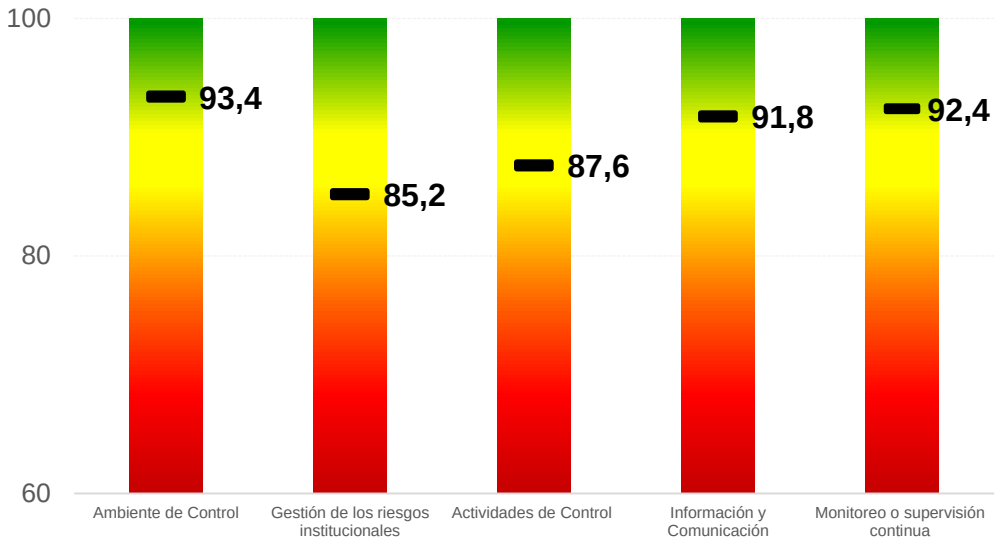
7. CONTROL INTERNO

7.1. CONTROL INTERNO

MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

La séptima dimensión de MIPG, el Control Interno9, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018). Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG y se desarrolla en detalle en este apartado del Manual Operativo.

El resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de **89.9** frente a **89.**4 puntos con corte a Julio 11 de 2019 y a **70.9** con corte a Marzo 11 de 2019; presentando la siguiente calificación por Componentes:



Componente	A Marzo 11 de 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Ambiente de control	91.8	92.8	93.4
Gestión de riesgos institucionales	80.4	85.0	85.2
Actividades de control	97.6	87.6	87.6
Información y comunicación	90.8	91.8	91.8
Monitoreo o supervisión continua	91.7	91.7	92.4

Se desarrolla el proceso acompañamiento para la actualización e implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG teniendo como punto de partida los avances logrados en los anteriores sistemas de Desarrollo Administrativo y Gestión de la Calidad y con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI, el cual se viene realizando de una manera gradual pero constante, apoyado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

III. ENCUESTA FURAG - Decreto 2482 de 2012

Encuesta FURAG 2018

El FURAG es el Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión en el cual se captura información sobre el cumplimiento de los objetivos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (hoy alineado con el Modelo Estándar de Control Interno MECI) con el fin de recolectar la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades.

El Departamento Administrativo de la Función Pública tiene la administración del aplicativo y lleva a cabo el monitorio establecido por el Gobierno Nacional del avance en MIPG y MECI con una periodicidad anual.

De conformidad con lo definido en el Decreto 1499 de 2017 compilado en el Decreto Único1083 de 2015 y la Ley 87 de 1993, el FURAG mide la gestión y desempeño institucional en las entidades que están en el ámbito de aplicación:

- Del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG y
- Del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Quienes deben reportar son los jefes de planeación y de control interno o quienes hagan sus veces, de las entidades objeto de aplicación tanto de MIPG como de MECI.

En este orden de ideas, el Departamento Administrativo de la Función Pública puso a disposición el Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión FURAG el cual se diligenció entre el 12 de febrero y el 15 de marzo de 2019, (Registro de la información para

medición del Modelo Estándar de Control Interno MECI, vigencia 2018, corte a 31 de diciembre conforme el artículo 2.2.23.3 Decreto del 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017), y cuyo **Resultado Institucional** se realizó en el INFORME 08 -19, INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO, Período: 12 de Marzo de 2019 y el 11 de Julio de 2019 enviado a la Gerencia y publicado en la Web Institucional.

- índice de Desempeño Institucional IDI 49.6 (Mide la capacidad institucional de la entidad al contar con una serie de elementos clave de la gestión, cuyos controles asociados son evaluados de forma permanente, con niveles de autoridad y responsabilidad definidos a través de las líneas de defensa, orientados a la prevención, control y gestión del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales y la mejora continua)
- Índice de Control Interno 59.9 (Promedio Grupo Par 55.3)
- Ranking Quintil – Entre 3 y 4 (la entidad hace parte del 20% de entidades que está por encima del 60% de entidades con menores puntajes y por debajo del 20% de entidades con mejores puntajes de desempeño del Control Interno de su grupo par)
- Componentes MECI (Muestra el puntaje que obtuvo la entidad consultada por cada uno de los cinco (5) componentes del MECI y lo compara con el puntaje máximo del grupo de entidades del Orden Territorial)
  - Ambiente de control 70.5
  - Evaluación estratégica del riesgo 52.3
  - Actividades de control efectivas 51.3
  - Información y comunicación 59.8
  - Actividades de monitoreo 63.0
- Líneas de defensa (Puntaje obtenido en cada una de ellas)
  - Línea estratégica 69.1
  - Primera línea 61.1
  - Segunda Línea 55.4
  - Tercera Línea 56.4

Encuesta FURAG 2019

Se habilitara la Plataforma para el diligenciamiento de la Encuesta FURAG 2019 durante el período comprendido entre el 18 de noviembre y el 20 de Diciembre de 2019.

IV. PLANES INSTITUCIONALES

El Decreto 612 de Abril 04 de 2018 "Por el cual se fijas las directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al PLAN DE ACCION por parte de las Entidades del Estado", define en el artículo 2.2.22.3.14., que de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se integraran al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, y se deberán publicar en la respectiva página web institucional, a más tardar el **31 de enero de cada año**,

Los planes institucionales y estratégicos se relacionan a continuación:

No	Plan (12)	Entidad líder (6)	Política (8)
1	Plan Institucional de Archivos - PINAR	Archivo General de la Nación - AGN	Gestión Documental
2	Plan Anual de Adquisiciones	Colombia Compra Eficiente - CCE	Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público
3	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Secretaria de Transparencia	**1.** Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, **2.** Servicio al ciudadano, **3.** Participación ciudadana en la gestión pública, **4.** Racionalización de trámites
4	Planes de Incentivos Institucionales	Función Pública	Talento Humano
5	Plan de Previsión de Recursos Humanos	Función Pública	Talento Humano
6	Plan Institucional de Capacitación – PIC	Función Pública	Talento Humano
7	Plan Estratégico de Talento Humano	Función Pública	Talento Humano
8	Plan Anual de Vacantes	Función Pública	Talento Humano
9	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Ministerio de Trabajo	Talento Humano
10	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Gobierno Digital (antes Gobierno en Línea)
11	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Gobierno Digital (antes Gobierno en Línea)
12	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Gobierno Digital (antes Gobierno en Línea)

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito publica el Plan de Acción 2019 y en cumplimiento del Decreto No. 612 de 04 de abril de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública en concordancia con el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, da a conocer a los Servidores y Comunidad en General, la integración de los Planes Institucionales, a los cuales se podrá acceder en la web institucional a través del link https://hospitalpitalito.gov.co/trasparencia/planeacion/plan-de-accion/115-integracion-de-los-planes-institucionales-y-estrategicos-al-plan-de-accion-2019# dichos planes son:

- Plan Institucional de Archivo – PINAR.
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Plan Anual de Adquisiciones
- Planes de Incentivos Institucionales
- Plan de Previsión de Recursos Humanos
- Plan Institucional de Capacitación – PIC
- Plan Estratégico de Talento Humano
- Plan Anual de Vacantes
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

Lo anterior permitirá a la institución optimizar las gestiones en los diferentes procesos y avanzar en los componentes de MIPG – Modelo Integrado de Planeación y Gestión -, con la finalidad de promover recursos, productos y servicios que satisfagan las necesidades de nuestros usuarios y población en general.

V. INDICADORES

ANALITICA DE DTOS – POWER BI

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito incursiona e implementa el servicio de Analítica de Datos a través de la aplicación Power Bi, el cual permite controlar y administrar la información mediante un dashboaard en vivo, creando informes interactivos y accediendo a los datos en cualquier lugar con las aplicaciones a través de un programa de escritorio descargable como un servicio de nube, cada uno de los cuales ofrece capacidades diferentes pero que se superponen.

Power BI es una solución de análisis empresarial que permite visualizar los datos y compartir información con toda la organización, o insertarla en su aplicación o sitio web.

Power BI es un servicio de análisis de negocio basado en la nube que proporciona una vista única de los datos más críticos que permite supervisar el estado de la institución mediante un panel activo, crear informes interactivos y obtener acceso a los datos sobre la marcha

La E.S.E ha estructurado 12 grupos de informes (Cubos), con un total de 70 indicadores, conformado en los siguientes grupos:

1. Administrativos
   a) Almacén
   b) Cartera
   c) Contabilidad
   d) Costos
   e) Cuentas médicas
   f) Facturación
   g) Presupuesto
2. Cirugía
   a) Tiempo promedio de espera de cirugía programada
   b) Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cadera
   c) Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de catarata
3. Consulta Externa
   a) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna
   b) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

c) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología
d) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia
e) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general
f) Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía
g) Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética

4. Estadística.
   a) Proporción de atención de urgencias
   b) Proporción de realización de cirugía programadas
   c) Giro cama
   d) Oportunidad en la asignación de cita de medicina especializada
   e) Promedio días estancia hospitalaria
   f) Promedio de tiempo de espera para la remisión de paciente a IPS de mayor complejidad
   g) Porcentaje ocupacional
5. Estadística Nuevos
   a) Oportunidad de egreso de pacientes de hospitalización
   b) Oportunidad de egreso de pacientes de urgencias
   c) Oportunidad de la solicitud de interconsulta de pacientes en hospitalización
   d) Oportunidad de la solicitud de interconsulta de pacientes en urgencias
6. Evaluación Gerencial
   a) Evaluación de aplicación de guía de manejo específico para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.
   b) Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.
   c) Oportunidad de atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto Agudo de miocardio.
   d) Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco – aspirativas de origen intrahospitalario.
   e) Análisis de mortalidad intrahospitalaria.
   f) Oportunidad en la realización de apendicetomía.
7. Farmacia
   a) Proporción de fórmulas médicas hospitalarias.
8. Ginecología y obstetricia.
   a) Proporción partos por cesárea.
   b) Proporción de endometritis post parto vaginal.
   c) Proporción de endometritis post cesárea.
   d) Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo.
   e) Proporción de nacidos vivos de bajo de peso.
   f) Relación criterios de casos.
   g) Relación morbilidad materna extrema / Muerte materna temprana.
   h) Razón de mortalidad materna.
   i) Desgarro perineal grado 3 – 4.
   j) Incidencia de hemorragias post cesárea.
   k) Incidencia de hemorragia post parto.
   l) Incidencia de Eclampsia intrahospitalaria.

E.S.E. HOSPITAL DPTAL. SAN ANTONIO GARANTIA DE UN BUEN HOSPITAL

m) Tasa de mortalidad perinatal.
n) Trauma del neonato en el nacimiento.

9. Hospitalización
   a) Letalidad por infección respiratoria aguda de menores de 5 años.
   b) Letalidad de menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda.
   c) Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave.
   d) Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda en menores de 5 años.
   e) Tiempo de espera promedio para la atención de paciente clasificado como Triage II.
10. Seguridad del paciente
   a) Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
   b) Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.
   c) Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias.
   d) Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización.
   e) Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.
   f) Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.
   g) Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter.
   h) Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociado a catéter.
   i) Tasa de incidencia de neumonía asociado a ventilador mecánico.
   j) Proporción de eventos adversos relacionados en la administración de medicamentos en urgencias.
   k) Tasa de ulceras de presión.
   l) Proporción de eventos adversos relacionados en la administración de medicamentos en hospitalización.
11. SIAU
   a) Clasificación de satisfacción global de usuarios de IPS
   b) Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos
12. Talento Humano
   a) Proporción de ausentismo laboral.
   b) Rotación de personal.

SET DE INDICADORES

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ha implementado desde el año 2013 el FORMATO con Código HSP-CI-F31, Versión 1, MATRIZ DE REGISTRO Y MEDICIÓN DE INDCIADORES – AUTOCONTROL como una herramienta para el reporte de información y análisis de datos en algunas dependencias o procesos, útiles para la toma de decisiones.

En la institución existen SET de Indicadores para algunos procesos. Se ha sugerido que se revisen por parte de los líderes de los procesos y se reclasifiquen, ya que algunos fueron tomados en el proceso de "Analítica de Datos" y no se justifica su repetición o duplicidad, ay que genera más trabajo.

Los SET y sus reportes en la vigencia 2019, son los siguientes:

1. Alimentación – Octubre de 2019
2. Archivo de Historias Clínicas – Octubre de 2019
3. Auditoría de Cuentas Médicas – Octubre de 2019
4. Gestión de Talento Humano – Septiembre de 2019
5. Facturación – Octubre de 2019
6. Recepción y Correspondencia – Septiembre de 2019
7. Contabilidad – Agosto de 2019
8. Estadística – Junio de 209
9. Presupuesto – Marzo de 2019
10. Sistemas De Información - Febrero de 2019
11. Autorizaciones, Admisiones y Notificaciones
12. Asesoría Jurídica – Contratación
13. Mantenimiento Biomédico
14. Almacén Y Suministros
15. Archivo Central
16. Aseo, Limpieza Y Desinfección Hospitalaria
17. Cartera
18. Costos
19. Tesorería

E.S.E HOSPITAL DPTAL. PITALITO GARANTIA DE UN BUEN HOSPITAL

De la misma manera se reporta de manera mensual informe de los servicios de:

- Rehabilitación y terapia – Octubre de 2019
- Servicio de Urgencias – Octubre de 2019.

VI. PLAN OPERATIVO ANUAL - POA

En desarrollo del proceso de Acreditación la Institución reformulo su herramienta de Plan de Acción por Plan Operativo Anual, definiendo una nueva estructura, funcional y que permite realizar análisis causal, importante en la mejora continua.

Se definieron los siguiente POAS:

1. Gestión del Direccionamiento Estratégico Institucional
2. Gestión de la Calidad
3. Gestión de la Experiencia del Paciente y su familia
4. Gestión del Talento Humano
5. Gestión de la Docencia Servicio
6. Atención de Urgencias

7. Atención de Hospitalización
8. Atención en Consulta Externa
9. Atención en Cirugía
10. Gestión del Laboratorio Clínico
11. Imágenes diagnósticas
12. Banco de Sangre
13. Farmacia
14. Rehabilitación
15. Gestión del Ambiente Físico
16. Gestión de Recursos Tecnológicos
17. Gestión de Recursos Financieros
18. Gestión de la Información
19. Gestión Jurídica
20. Gestión de Control Institucional
21. Gineco-obstetricia
22. Referencia y Contrarreferencia

Los líderes de los procesos, responsables de cada POA, consolida la información de manera mensual y por parte del Proceso de Planeación Operativa se consolida la información y se realiza seguimiento de manera trimestral.

E.S.E. HOSPITAL DPTAL. PITALITO GARANTIA UN BUEN HOSPITAL

1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES – FORTALEZAS.

El Sistema de Control Interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, está dotado de unos instrumentos de evaluación que actúan como validadores tanto internos como externos de su eficacia, eficiencia y efectividad.

La ESE se mantiene inmersa en un sistema de permanente evaluación, control y seguimiento derivado del ámbito interno y externo. Si bien los resultados de la aplicación de estos instrumentos siguen dejando ver debilidades y aspectos por mejorar, la Institución sigue mostrando su apertura y compromiso con el mejoramiento continuo.

En cumplimiento al Decreto 1499 de 2017 y atendiendo instrucciones del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP respecto de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) se evidencia que la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Pitalito Huila viene desarrollando dos instrumentos: i). El Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG II; y, ii). La herramienta de autodiagnóstico.

Se han presentado avances importantes tendiente a la definición y/o actualización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno, vitales para iniciar el proceso de implementación del MIPG y del MECI.

En cuanto a la Institucionalidad, se ha dado estricto cumplimiento a la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, como punto de partida. Así mismo se han creado los Comités de gestión y Desempeño y el Comité Institucional del Sistema de Control Interno, la adopción y/o actualización del código de ética y estatuto de auditoria, los reglamentos para los comités y desarrollo de los autodiagnósticos.

La institución cuenta con un Código de Integridad el cual se despliega a través del Comité Técnico Gerencial resaltando la vivencia de un valor semanal, y se comunica por los diferentes medios de comunicación internos y externos a todos los grupos de valor.

Frente a situaciones disciplinarias y de conflictos de interés se disponen de canales de denuncias a través de los buzones de PQR y del Cliente Interno.

El Resultado de la Herramienta Autodiagnóstica del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, muestra el siguiente resultado:

Política Gestión Estratégica del Talento Humano arrojo una calificación de **88.4** frente a **86.0** con corte a Julio 11 de 2019 y de **64.5** con corte a Marzo 11 de 2019.
La entidad cumple con los mínimos establecidos por la normatividad.

Política de Integridad arrojo una calificación de **80.0** frente a **75.0** con corte a Julio 11 de 2019 y de **54.4** con corte a Marzo 11 de 2019,

Política de Direccionamiento y Planeación NO presenta avance y continúa con la calificación de **83.8** puntos, igual al reporte con corte a Junio 11 de 2019 y a Marzo 11 de 2019.

Política de Gestión Plan Anticorrupción NO presenta avance y continúa una calificación de **94**, igual al reporte con corte a Junio 11 de 2019 y a Marzo 11 de 2019

Política de Gestión Presupuestal se mantiene con una calificación de **95** puntos frente a **95** con corte a Julio 11 de 2019 y a 94.5 con corte a Marzo 11 e 2019.

Política de Gobierno Digital arrojo una calificación de **53.8** puntos frente a **46.4** con corte a Julio 11 de 2019 y de **37.1** con corte a Marzo 11 de 2019

Política de Defensa Jurídica continúa con una calificación de **91.1** puntos, manteniéndose igual que los informes con corte a Julio 11 de 2019 y Marzo 11 e 2019

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO GARANTIA DE UN BUEN HOSPITAL

Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública continua con una calificación de **100** puntos frente a **95.5** reportado en el periodo anterior,

Política Servicio al Ciudadano arrojo una calificación de **99.4** puntos frente a **98.6** con corte a Julio 11 de 2019 y de **91.1** con corte a Marzo 11 de 2019.

Política de Racionalización de Trámites arrojo una calificación de **85.2** puntos frente a **81.5** con corte a 11 de Julio de 2019 (Luego de corregido el reporte anterior cuyo responsable había calificado en el rango de 1 a 5 y no de 0 a 100 por cada actividad del componente o categoría.)

Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional luego de diligenciar la herramienta de Autodiagnóstico se obtiene un puntaje de **94.7.**

Política de Gestión Documental en el periodo evaluado alcanza una puntuación de **45.2** frente a **38.0** con corte a Julio 11 de 2019 y de **37.6** con corte a Marzo 11 de 2019.

Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción el resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de **78.0** puntos frente a **72.3** con corte a 11 de Julio de 2019 y a 11 de Marzo de 2019.

Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación No presenta o reporta avances al momento de la evaluación.

Política de Control Interno. La Dimensión de Control Interno, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018) y en el periodo evaluado presenta un avance significativo, producto de las directrices de la Alta Dirección y la implementación de acciones tendientes a la actualización de los mapas de riesgos con el equipo de apoyo en temas de acreditación y construidos sobre la base de la Política de Administración de riesgo (Actualizada y adoptada en diciembre de 2018). El resultado del autodiagnóstico arrojo una calificación de **89.9** frente a **89.**4 puntos con corte a Julio 11 de 2019 y a **70.9** con corte a Marzo 11 de 2019.

El rol y responsabilidad para la implementación del Código de Integridad está en cabeza de Gestión del Talento Humano, a través de su personal y el liderazgo de las estrategias de acreditación.

Conforme al resultado de la evaluación desarrollada a través del aplicativo FURAG II y lo reportado en el Autodiagnóstico MIPG Dimensión 7, se presenta un gran avance.

Los resultados consolidados y comparados son los siguientes:

COMPONENTE	MIPG a Julio 11 de 2019	MIPG a Noviembre 11 de 2019	FURAG 2018
Ambiente control	91.8	93.4	70.5
Evaluación del riesgo	85.0	85.2	52.3
Actividades de control	87.6	87.6	51.3
Información y comunicación	91.8	91.8	59.8
Actividades de monitoreo	91.7	92.4	63.0

El Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG 2018 se diligencio y subió a plataforma en Marzo 14 de 2018, los resultados ya fueron reportados a la Alta Dirección a partir de un análisis de la oficina de control interno y se compila, de la misma manera, en el presente informe.

La integración de los Planes Institucionales permite a la institución optimizar las gestiones en los diferentes procesos y avanzar en los componentes de MIPG – Modelo Integrado de Planeación y Gestión -, con la finalidad de promover recursos, productos y servicios que satisfagan las necesidades de nuestros usuarios y población en general.

La implementación de Indicadores a través de los Cubos de Analítica de Datos Power Bi y el SET de INDICADORES permiten mantener actualizada la información que servirá como insumo al momento de tomar decisiones.

El Plan Operativo Anual dinamiza la gestión de todas las unidades funcionales y permite llevar un control en cuanto al cumplimiento de los objetivos institucionales, ya que se miden de manera mensual los compromisos o actividades a cumplir y se evalúa cada trimestre por parte de planeación.

RECOMENDACIONES – DEBILIDADES (OPORTUNDID DE MEJORA)

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, es una norma que a manera de instrumento, tiene el propósito de entregarle a las Entidades Públicas los elementos necesarios para construir y mejorar continuamente el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que proporciona una estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo de las Entidades y aunque promueve una estructura uniforme, ésta puede ser completamente adaptada a las necesidades específicas de cada Entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran (DAFP 2014).

El MECI concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, que se dinamizan por la intervención de todos los servidores públicos pertenecientes o que se relacionan con la Entidad Pública, como responsables del control (Principio de Autocontrol)

en el ejercicio de sus actividades y el cumplimiento de sus funciones. Así mismo busca la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y comunicación, anticipando y corrigiendo de manera oportuna las debilidades que se presentan en el quehacer institucional (Principios de Autogestión y Autorregulación).

La Ley 87 de 1993 plantea en su artículo 3º. que "en cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por el control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad; y corresponde a la máxima autoridad del organismo o entidad, la responsabilidad de establecer, fortalecer y perfeccionar el Sistema de Control Interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización", lo que implica una responsabilidad directa por parte de la Alta Dirección de las entidades frente al mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno.

El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y lo articula con el Sistema de Control Interno, siendo MIPG el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información.

En éste orden de ideas, realizada la verificación y análisis de los Elementos del Sistema de Control Interno y las acciones emprendidas por los servidores, se presentan las siguientes recomendaciones que a criterio de la Alta Dirección, podrá considerar para definir **PLAN DE MEJORA** en cabeza del responsable de cada política.

I. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG

Respecto al diligenciamiento de las herramientas Autodiagnósticos, se recomienda:

1. DIMENSIÓN: TALENTO HUMANO

Gestión del Talento Humano

- Continuar con la recopilación de la información con el fin de obtener la caracterización del 100% del personal vinculado a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.
- Continuar con la actualización de la información en el SIGEP
- Actualizar el diligenciamiento del **Plan de Acción** con el fin de definir las "**Alternativas de Mejora"** tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Planeación (92.5); Ingreso (88.3); Desarrollo (87.2); y, Retiro (90.0).

- Fortalecer el plan institucional de capacitación teniendo en cuenta: La inclusión y/o fortalecimiento las actividades de; Buen Gobierno; Derechos Humanos; Gestión administrativa; Gestión documental; Gobierno en línea; Innovación; Bilingüismo; Planificación, desarrollo territorial y nacional; así mismo actividades de relevancia internacional
- Incluir y/o fortalecer en el Plan de Bienestar Social incentivos: Para los gerentes públicos articulados con los acuerdos de gestión; para los equipos de trabajo; actividades en educación en artes y artesanías; Cambio organizacional; Programas de Educación formal (primaria, secundaria y media, superior).
- Fortalecer el programa de entorno laboral saludable.
- En el componente de Administración del talento humano debe desarrollar e implementarse o fortalecerse los programas de: "Estado Joven", "Servimos" y "Teletrabajo".
- Dar cumplimiento al Decreto 2011 de 2017 "Por el cual se adiciona el Capítulo 2 al Título 12 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el porcentaje de vinculación laboral de personas con discapacidad en el sector público", "ARTÍCULO 2.2.12.2.3. Porcentaje de vinculación de personas con discapacidad en el sector público", plantas entre 1 y 1.000 empleos a 31 de Diciembre de 2019 es el equivalente al 2% del planta con participación de personas con discapacidad.
- La entidad no desarrolla algunos programas y proyectos que agregarían valor al desarrollo de su talento humano (Bilingüismo, Teletrabajo, Servimos, Estado Joven, por ejemplo).

Política de Integridad.

- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "**Alternativas de Mejora"** tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del código de integridad (69.2); y, Promoción de la gestión del código de integridad (94.4).
- En el componente de **Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad¸** categoría "Realizar el diagnóstico del estado actual de la entidad en temas de integridad", se debe tener énfasis en:
- Identificar y documentar las debilidades y fortalezas en la implementación del Código
- Diagnosticar si son idóneas las estrategias de comunicación que empleó la entidad para promover el Código de Integridad.
- En la Categoría "**Plan de mejora en la implementación del Código de Integridad**. Paso 2. Fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento de los contenidos del Código de Integridad", identificar las afectaciones de presupuesto asociadas al desarrollo y cumplimiento de las actividades que se implementan en la entidad para promover el Código de Integridad.
- Continuar intensificando acciones frente a la implementación y socialización del Código de Integridad en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito de conformidad

con lo establecido en el Manual Operativo del Sistema de Gestión MIPG, la Caja de Herramientas expedidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, las estrategias que viene desarrollando la Institución y articulando las acciones con el Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU.

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN.

2.1. Direccionamiento y Planeación

- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "Alternativas de Mejora" tendiente a lograr el 100% en sus componentes, y en concreto en las categorías de: Identificación de los grupos de valor y sus necesidades (76.9); y, Diagnóstico de capacidades y entornos (77), las cuales NO han evolucionado con respecto al informe de corte 11 de Julio de 2019.
- Consolidar y documentar la Identificación de los grupos de valor y sus necesidades.
- Levantar la información necesaria para la identificación y caracterización de los grupos de valor y el conocimiento de sus necesidades, detectando si ya cuenta con dicha información y en qué fuentes se encuentra, o de ser necesario, definir procedimientos y herramientas para su obtención.
- Clasificar los grupos de personas (naturales o jurídicas) dependiendo de características similares (necesidades, problemas, ubicación territorial, entre otras).
- Identificar, los problemas o necesidades de los grupos de valor, con precisión, pertinencia y prioridad, y siempre teniendo presente el propósito fundamental, mediante procesos participativos.
- Proyectar los problemas o necesidades de los grupos de valor a 4, 10, 20 años o según se disponga en la entidad.
- Estimar los tiempos en los cuales se espera atender dichos problemas o necesidades, teniendo claro cuál es el valor agregado que, con su gestión, aspira aportar en términos de resultados e impactos.
- Documentar el Diagnóstico de capacidades y entornos.
- Adelantar un diagnóstico de capacidades y entornos de la entidad para desarrollar su gestión y lograr un desempeño acorde con los resultados previstos.
- Revisar aspectos externos a la entidad, algunos generales como su entorno político, económico y fiscal, y otros más particulares, como la percepción que tienen sus grupos de valor frente a la cantidad y calidad de los bienes y servicios ofrecidos, sus resultados e impactos.

2.2. Política de Gestión Plan Anticorrupción.

- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "**Alternativas de Mejora"** tendiente a lograr el 100% en los componentes de desarrollando acciones como:
- Tratar en el Comité Institucional de gestión y Desempeño la actualización del mapa de riesgos de corrupción;

- Realizar seguimiento al Mapa de Riesgos por parte de los encargados de los procesos.
- En la Categoría Planeación se recomienda que al interior del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se socialice lo referente a Mapa de Riesgos de Corrupción, inmerso en el Mapa de Riesgos Institucional recientemente aprobado por el Comité Institucional del Sistema de Control Interno.

3. GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO.

3.1. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público.

- Disponer de las evidencias que demuestran y soportan la calificación del autodiagnóstico, para cuando se les requiere por algún ente de control.
- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "Alternativas de Mejora" tendiente a lograr el 100% iniciando con la analizar y definir la posibilidad para cumplir con las actividades de gestión: "Todo compromiso presupuestal tiene asociada una cuenta bancaria previamente registrada en Tesorería en el software que dispone la Empresa Social Del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito"; y, "La entidad realiza compras a través de la tienda virtual del Estado Colombiano por Acuerdo Marco de Precios y en Grandes Superficies. SECOP".
- Elaborar un documento que defina y/o contextualice el Modelo de Operación por Procesos de la entidad.
- **Categoría Programación Presupuestal**
  Desagregar en el presupuesto de inversión lo asignado para cada programa y/o proyecto.
- **Categoría Ejecución Presupuestal.**
  Se recomienda que todo compromiso presupuestal tenga asociada una cuenta bancaria previamente registrada en Tesorería en el software que dispone la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito

3.2. Política de Gobierno Digital.

- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "**Alternativas de Mejora"** tendiente a lograr el 100% en los componentes de: TIC para Gobierno Abierto (85.7); TIC para Servicios (37.5); TIC para la Gestión (53.0); y, Seguridad y Privacidad de la Información (39.0).
- Se observa que en el seguimiento con corte a 11 de Julio de 2019 NO hubo evolución y, aunque para el presente reporte presenta un pequeño avance (De 46.4 a 53.8), se recomienda que al interior del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se decida articular los esfuerzos, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación total de la política. Para ello, se recomienda designar un responsable de "Seguridad Digital" que también sea el responsable de la "Seguridad de la Información" en la entidad, el cual debe pertenecer o depender directamente a un área que haga parte de la Alta Dirección y con dedicación especial, dado que la información es el "activo" de mayor importancia en la institución.

3.3. Política de Defensa Jurídica

- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "Alternativas de Mejora" tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Prevención del daño antijurídico (93.7); y, Sistema de información litigiosa (66.6) teniendo en cuenta que el Sistema Único de información Litigiosa del Estado eKOGU está creado para las entidades públicas del orden nacional (Decreto Ley 4085 de 2011 y Decreto 1069 de 2015).
- Como alternativa de mejora, igual que lo consignado en el plan de Acción, se recomienda que el Secretario Técnico del Comité de Conciliación sea abogado y está vinculado a la planta de personal con dedicación exclusiva. (Decreto 1069 de 2015, Artículo 2.2.4.3.1.2.5. Numeral 9 y Ley 489 de 1998, Artículo 9)
- De la misma manera se recomienda que el Comité de Conciliación actualice su reglamento, a través de resolución gerencial, ajustado al Decreto 1069 de 2015, Artículo 2.2.4.3.1.2.5. Numeral 10.

3.4. Política Servicio al Ciudadano.

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "Alternativas de Mejora" tendiente a lograr el 100% en las categorías:

Categoría Atención incluyente y accesibilidad

- Mantener actualizada la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos.
- Continuar con la implementación de acciones garantizando una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades, así como acceso a información en la página web institucional.
- Definir en el plan de desarrollo o plan institucional, acciones para garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece.

Categoría Gestión de PQRSD.

- Documentar el mecanismos para dar prioridad a peticiones relacionadas con: El reconocimiento de un derecho fundamental; Peticiones presentadas por menores de edad; y, Peticiones presentadas por periodistas.
- Ofrecer la posibilidad de realizar peticiones, quejas, reclamos y denuncias a través de dispositivos móviles.
- Mantener actualizado el reglamento de peticiones, quejas y reclamos, lineamientos para la atención y gestión de peticiones verbales en lenguas nativas, de acuerdo con el Decreto No. 1166 de 2016.

3.5. Política de Racionalización de Trámites.

- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "Alternativas de Mejora" tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Portafolio de oferta institucional – trámites y otros procedimientos administrativos – identificado y difundido

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PITALITO GARANTIA DE UN BUEN HOSPITAL

(89); Estrategia de racionalización de trámites formulados e implementados (78); y, Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos (60.7).

- Fortalecer las estrategias para difundir información sobre oferta institucional de trámites y otros procedimientos administrativos, teniendo en cuenta la caracterización.
- Implementar la usabilidad de trámites en línea (chat en horario preferencial, etc.)
- Difundir los resultados de la racionalización, dando a conocer a los clientes internos y externos los datos de operación de los trámites y otros procedimientos en el SUIT, resaltando los beneficios que obtienen los usuarios con las mejoras realizadas al (a los) trámite (s).

3.6. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

- Siendo el Plan de Participación Ciudadana el conjunto de mecanismos dispuestos para que la población acceda a las decisiones del gobierno de manera independiente sin necesidad de formar parte de la administración pública, permitiéndole la posibilidad de participar e intervenir activamente en el control de la gestión pública, la planeación, seguimiento y vigilancia de los resultados, se recomienda definir el mecanismos para dar prioridad y atención especial a las peticiones presentadas por los Menores de edad y las Personas en situación de discapacidad.
- Acorde al Código de Conducta y de Buen Gobierno se recomienda realizar actividades de participación (Rendición de Cuentas, Socialización del Plan de Gestión, etc.) a grupos de valor que aún no han participado (Academia, Gremios y Organizaciones No Gubernamentales del sector, etc.).
- De la misma manera se recomienda intensificar las acciones que la entidad implementa para promover la participación ciudadana: Capacitación a los grupos de valor en participación ciudadana y control social; Capacitación en temas de participación a los servidores de la entidad; Promover los mecanismos de difusión de información institucional para la participación ciudadana y el control social.
- Continuar con el diseño, documentar e implementar el plan de participación dirigido a los ciudadanos, usuarios y/o grupos de valor caracterizados definiendo los recursos, alianzas, convenios y presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover la participación ciudadana.

4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.

- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "**Alternativas de Mejora"** tendiente a lograr el 100% en los categorías de: Evaluar la percepción de los grupos de valor; y, Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación
- En la categoría de "Diseño del proceso de evaluación" se debe reforzar en los siguientes aspectos:

Identificar variables que describen los diferentes aspectos que se quieren medir o evaluar.
Diseñar métodos cuantitativos y cualitativos de seguimiento y evaluación de la gestión y el desempeño institucional (indicadores).

- Y en el componente de "Calidad de la evaluación" consolidar lo referente a:
  Verificar que los indicadores diseñados sean comprensibles para todo tipo de usuarios, describan las situaciones que se pretenden medir, sean estimados periódicamente, puedan ser consultados de manera oportuna, cuenten con línea base para su medición, sean insumos para la toma de decisiones y sean revisados y mejorados continuamente.

5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

5.1. Gestión Documental.

- Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "**Alternativas de Mejora"** tendiente a lograr el 100% en los componentes de: Estratégico (31.0); Documental (48.0); Tecnológico (52.0); y, Cultural (91.3).

Para lo anterior, se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

Dominio Estratégico.

Comprende la formulación de la política, la planeación estratégica de la gestión documental y la administración de archivos, el control la evaluación y seguimiento, en la definición y articulación de los lineamientos e instrumentos en esta materia, para lo cual se debe:

- Desplegar la Política de Gestión Documental
- Elaborar el Diagnóstico Integral de Archivos
- Elaborar y adoptar el Plan institucional de archivos – PINAR
- Elaborar, aprobar, implementar y publicar el Programa de Gestión Documental - PGD,
- Elaborar, aprobar, tramitar la convalidación, implementación y publicación de la Tabla de Retención Documental - TRD.

Dominio Documental

Comprende los procesos de la gestión documental en todos sus formatos o soportes, creados o recibidos en el ejercicio de las actividades, para lo cual se debe:

Definir organización de Fondo Acumulado

- Elaborar y publicar el Cuadro de Clasificación Documental CCD
- Actualizar las Tablas de Retención Documental
- Realizar el Inventario de la documentación de los archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental - FUID:
- Realizar el Inventario de la documentación del archivo central en el Formato Único de Inventario Documental - FUID:
- Realizar Inventario de documentos de Derechos Humanos o Derecho Internacional Humanitario no susceptible de eliminación
- Documentar el Procedimientos de disposición final de documentos
- Elaborar, aprobar, implementar y publicar el documento Sistema Integrado de Conservación - SIC

- Conservación de documentos en soporte físico

Dominio Tecnológico

Comprende la administración electrónica de documentos, la seguridad de la información y la interoperabilidad en cumplimiento de las políticas y lineamientos de la gestión documental y administración de archivos, para lo cual debe:

- Clasificar la información y establecer las categorías de derechos y restricciones de acceso a los documentos electrónicos.
- Parametrizar las Tablas de control de acceso.
- Implementar los requisitos de integridad, autenticidad, inalterabilidad, disponibilidad, preservación y metadatos de los documentos electrónicos de archivo en el Sistema de Gestión de Documento Electrónico...
- Documentar el proceso de Expedientes electrónicos.

Dominio Cultural.

Comprende aspectos relacionados con la interiorización de una cultura archivística por el posicionamiento de la gestión documental que aporta a la optimización de la eficiencia y desarrollo organizacional y cultural de la entidad y la comunidad de la cual hace parte, mediante la gestión del conocimiento, gestión del cambio, la participación ciudadana, la protección del medio ambiente y la difusión.

En este sentido se debe fortalecer e implementar:

- Actividades para alinear la gestión documental a la política ambiental.
- Facilidad de acceso y consulta de la información de archivo.
- Sensibilización y capacitación funcionarios sobre archivos.
- Gestión documental alineada con las políticas y lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad implementada en la Entidad.

5.2. Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción.

Realizar el diligenciamiento del Plan de Acción con el fin de definir las "Alternativas de Mejora" tendiente a lograr el 100%.

Sobre la base del Autodiagnóstico se recomienda realizar actividades a los líderes de procesos o coordinadores de área, conforme el siguiente detalle:

En materia de Transparencia pasiva:

- Definir el mecanismo para que la entidad conozca el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada o por otra razón.
- Generar los mecanismos de tal manera que la entidad permita que todos sus trámites sean realizados por medios electrónicos.
- Implementar y medir las estrategias de transferencia efectiva de conocimientos entre las personas que dejan sus cargos y las nuevas que llegan a desempeñarlos.
- Capacitar a los funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014.

En materia de Transparencia activa

- Recomendar mantener actualizada la información relacionada con: Ofertas de empleo; Las resoluciones, circulares u otro tipo de actos administrativos expedidos por la Entidad;

Mecanismos para interponer PQRS y denuncias; Directorio con los cargos, hojas de vida e información de contacto de funcionarios y contratistas; Escalas salariales de funcionarios y contratistas; Respuestas de la entidad a las solicitudes de información; Oferta de la entidad (Portafolio de servicios, trámites); Costos de la reproducción de la información.

En materia de Seguimiento acceso a la información pública.

- Diseñar e implementar en la página web institucional una encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y acceso a la información.

En Materia de Instrumentos gestión de la información

- La entidad debe construir, implementar y aprobar por medio de acto administrativo el Índice de Información Reservada y Clasificada.
- La entidad debe construir, implementar y aprobar por medio de acto administrativo el Registro de Activos de Información.

Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública.

- Se debe fortalecer los canales de comunicación, de acuerdo a las necesidades de los usuarios, en particular para aquellos que son víctimas de la violencia, personas con discapacidad o personas pertenecientes a comunidades indígenas que no hablan español.
- Publicar los documentos de interés público en lengua de comunidades indígenas.
- Facilitar y disponer de los recursos en la página web institucional para permitir el acceso a la información a la población con discapacidad (ej. videos con lenguaje de señas o con subtítulos).
- Conservar los espacios físicos que en la entidad se han adecuado para que sean fácilmente accesibles para personas en condición de discapacidad y evaluar la posibilidad de acondicionar o adecuar para garantizar el acceso de las personas en condición de discapacidad al segundo piso (Gerencia, calidad, contratación, talento humano, subgerencia administrativa y financiera)

Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información pública.

- Se sugiere incluir en el programa de inducción y de reinducción un aparte o espacio para realizar la difusión a los colaboradores de la entidad lo relacionado con la Ley de Transparencia y acceso a la información pública.

6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN.

6.1. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN.

Diligenciar el Autodiagnóstico. No se presenta o reporta avance al momento de la evaluación.

7. CONTROL INTERNO

7.1. Control Interno

Emprender acciones tendientes a mejorar la calificación en todos sus componentes: Ambiente de control (93.4); Gestión de los riesgos institucionales (85.2); Actividades de Control (87.6); Información y comunicación (91.8); y, Monitoreo o supervisión continua (92.4), y sobre la base del FURAG 2018, especialmente en:

Se sugieren actividades puntuales, frente a la Categoría de "Seguimiento acceso a la información pública" respecto de evaluar el proceso tendiente a documentar actividades de gestión sobre:

- Continuar haciendo el seguimiento al tema de transparencia y acceso a la información pública a través de indicadores y/o la matriz de la PGN.
- Evidenciar que las mediciones llevadas a cabo por la entidad tienden y/o ayudó a resolver los problemas y necesidades de sus usuarios.

Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).

- Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia quien tendrá la obligación de elaborar informes y realizar seguimiento a los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar.

Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).

- El un líder de la gestión de riesgos debe recopilar información y comunicarla de manera resumida a la primera y la tercera línea de defensa con respecto a controles específicos.

En términos generales, frente a MIPG, se debe continuar con jornadas de trabajo con los jefes de áreas y/o coordinadores de procesos en la tarea de socialización de las herramientas y dar a conocer el alcance de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, así como dar a conocer el rol que cada persona debe asumir en torno a las líneas de defensa para el autocontrol y la gestión del riesgo.

FORMULARIO ÚNICO REPORTE DE AVANCES DE LA GESTIÓN - FURAG

Encuesta FURAG II - 2018.

En consideración a que los resultados generados en la medición constituyen la **línea base** a tener en cuenta para avanzar en la implementación del MIPG y MECI orientando la gestión hacia los resultados, se debe realizar **acciones de mejora** conforme se definieron en el INFORME 08 -19, INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO, Período: 12 de Marzo de 2019 y el 11 de Julio de 2019 entregado a Gerencia y publicado en la Web Institucional.

El Departamento Administrativo de la Función Pública advierte que para la evaluación del año 2019, se estima una variable no superior al 20% respecto de las preguntas formuladas en el 2018.

Encuesta FURAG II - 2019.

Estar pendiente para cuando el Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP, habilite la plataforma para el reporte del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG 2019, el cual se tiene previsto para realizarlo entre el 18 de Noviembre y el 20 de Diciembre de 2019.

Tener en cuenta que el usuario y la contraseña será enviada, según cronograma, el día 15 de Noviembre de 2019 al correo institucional reportado en la actualización de datos.

PLANES DE ACCION INSTITUCIONAL

Publicar en la web institucional de los planes institucionales relacionados a continuación:

- Plan Anual de Adquisiciones.
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- Plan Estratégico de Talento Humano
- Plan Anual de Vacantes
- Plan Institucional de Capacitación – PIC
- Planes de Incentivos Institucionales
- Plan de Previsión de Recursos Humanos
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI.

Emprender acciones tendientes al formulación, diligenciamiento, revisión, ajuste, codificación y posterior publicación en la Web Institucional, en cumplimiento al Decreto 612 de Abril 04 de 2018, artículo 2.2.22.3.14., que de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se integraran al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, y se deberán publicar en la respectiva página web institucional, a más tardar el 31 de enero de cada año; de los siguientes planes institucionales:

- Plan Institucional de Archivo – PINAR.
- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

V. INDICADORES

Actualizar o alimentar las bases de datos que permitan consultar y obtener en tiempo real y

HOSPITAL DPTAL. PITALITO
GARANTIA
POR UN BUEN HOSPITAL

de forma fidedigna información sobre los 12 y 70 indicadores que hacen parte de la Analítica de Datos Power Bi, de tal manera que sea útil para la toma de decisiones

En cuanto al SET de INDICADORES se recomienda que cada líder de proceso o coordinador de área revise, clasifique, reformule y determine los que realmente sean útiles para el control y medición del proceso.

VI. PLAN OPERATIVO ANUAL - POA

Continuar ejerciendo el control sobre la entrega de reportes trimestrales e insistir en que se debe alimentar de manera mensual, lo que permite tener una información en tiempo real que permite realizar análisis causal y emprender acciones de mejora.

3. RELACIÓN DE ANEXOS (Físicos y/o Digitalizados)

Las evidencias sobre los avances se hallan en copia magnética y física en la oficina de Planeación Operativa, Coordinadores de Áreas o Líderes de Procesos y en la oficina de Control Interno.

E.S.E. HOSPITAL DEPTAL. GARANTIA DE UN BUEN HOSPITAL

LUIS FRANCISCO ROJAS CSTILLO
Asesor Oficina de Control Interno