

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## INFORMES

### INFORME 15 – 19 INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2019

## DESARROLLO DEL INFORME

### CONSIDERACIONES

Con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones".

Acorde con lo anterior, se define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos, por lo que el Modelo Estándar de Control Interno -MECI continúa siendo la herramienta de operación del Sistema de Control Interno, cuya estructura se actualiza en articulación con el MIPG.

El Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015” determinó en cuanto al MECI y su evaluación lo siguiente:

Artículo 2.2.23.1 Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno -MECI

Artículo 2.2.23.2 Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento Y aplicación



para las entidades Y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. (Subrayado fuera de texto)

Parágrafo. La Función Pública, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, podrá actualizar y modificar los lineamientos para la implementación del MECI.

Artículo 2.2.23.3 Medición del Modelo Estándar de Control Interno. Los representantes legales y jefes de organismos de las entidades a las que les aplica la Ley 87 de 1993 medirán el estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces realizarán la medición de la efectividad de dicho Modelo. La Función Pública establecerá la metodología, la periodicidad y demás condiciones necesarias para tal medición y recogerá la información a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión -FURAG. (Subrayado fuera de texto)

Los resultados de esta medición servirán de base para el informe que sobre el avance del Control Interno en el Estado presentará el Presidente de la República al Congreso de la República, al inicio de cada legislatura.

En consideración a la Resolución No. 673 del 28 de Diciembre de 2018 de la Contraloría Departamental del Huila se procede a presentar el **Informe Ejecutivo de Control Interno** correspondiente a la vigencia 2019, atendiendo lo definido en el CAPÍTULO V, CONTENIDO DE LA CUENTA, Artículo 11, EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – ESE, FORAMTO 1, INFORMACIÓN GENERAL. Informe Ejecutivo de Control Interno, Parágrafo 2: "El Informe de Gestión de Control Interno debe contener los siguientes aspectos mínimos: Introducción (objetivo, alcance y metodología del informe); Informe Ejecutivo de Control Interno (fortalezas, debilidades del sistema y las acciones de mejoramiento); Hallazgos resultantes del ejercicio de control interno; Concepto sobre la aplicación de normas de austeridad; Concepto del Jefe de la Oficina de Control Interno; Encuesta FURAG; Informe de avance de la implementación del MIPG en sus diferentes dimensiones."

## DESARROLLO DEL INFORME

### INTRODUCCION

Algunas Organizaciones y en especial las Empresas Sociales del Estado, están involucradas en grandes retos dadas las circunstancias del mundo cambiante y globalizado en el que vivimos, lo cual ha obligado que se fortalezcan y diseñen estrategias de competitividad, para estar preparadas a cualquier eventualidad.

Sus tareas deben centrarse y orientarse por una planeación a largo plazo y acompañada de una ejecución racional, de tal forma que contribuyan al logro del objetivo misional. Cabe resaltar que muchas instituciones se quedaron solo en la planeación y la ejecución, pero no diseñaron unos controles adecuados, convirtiéndose en el blanco de los riesgos e imposibilitando la obtención de resultados y los fines propuestos.



Por consiguiente las instituciones para mejorar su gestión, deben implementar y fortalecer su sistema de Control Interno, lo cual les permitirá consolidarse y adelantar una gerencia eficiente y transparente para el cumplimiento de la misión.

La Oficina de Control Interno es uno de los componentes del Sistema del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, encargada de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas y objetivos previstos para lo cual la oficina de Control Interno acompaña el desarrollo de las actividades al interior de la Entidad.

Así mismo, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2145 de 1999 todos los organismos y entidades del Estado de que trata el artículo 5º de la Ley 87 de 1993, deben presentar, al Consejo Asesor en materia de Control Interno, un informe que contenga el resultado final de la evaluación del Sistema de Control Interno para la vigencia inmediatamente anterior, realizada por la respectiva Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

## **OBJETIVO**

Presentar a la Contraloría Departamental del Huila el informe Ejecutivo de Control Interno el cual incluye el estado del Sistema de Control Interno, aplicación de normas de austeridad, encuesta Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, en los términos de la Resolución No. 673 del 13 de Diciembre de 2018 "Por medio de la cual se unifica la rendición de cuentas para todos los entes que fiscaliza la Contraloría Departamental del Huila.

La evaluación tiene como propósito determinar el impacto y desarrollo del sistema de Control Interno en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales del Hospital.

## **ALCANCE**

Verificar y determinar el nivel de madurez en la implementación y sostenimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI, la aplicación de normas de austeridad, resultados de la encuesta del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, con corte a 31 de Diciembre de 2019.

La evaluación implica directamente a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en sus diferentes áreas y/o dependencias que incluye por supuesto los procesos de dirección, administración y asistencial.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## **METODOLOGÍA**

El Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, está compuesto por fundamentos jurídicos, normogramas, planes, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación, igualmente contempla planes de acción, mapas de riesgos y en especial un plan de medición a los procesos y procedimientos.

Esta evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas, políticas y procedimientos de auditoría de general aceptación; por lo tanto requirió acorde con ellas, la planeación y ejecución del trabajo, de manera que proporcionó una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en éste informe, lo cual servirá como instrumento de retroalimentación con fines de mejoramiento y de ejercicio de autoevaluación permanente.

La evaluación consistió en un examen autónomo del Sistema de Control Interno, las acciones llevadas a cabo por la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en la aplicación de normas de austeridad, la encuesta de que trata el Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), para dar cumplimiento a sus planes, proyectos y objetivos.

En cumplimiento de los procesos administrativos se enfatizó en los mecanismos de control trazados por la entidad y se insistió en la importancia de conocer los manuales de procedimientos a fin de desarrollar las tareas conforme lo exige la ley, así mismo se recomendó realizar el autocontrol en cada una de las dependencias.

### **1. ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

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

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

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 de 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.

#### **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.

## **II. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

### **1. COMPONENTE 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

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

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.
- 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:

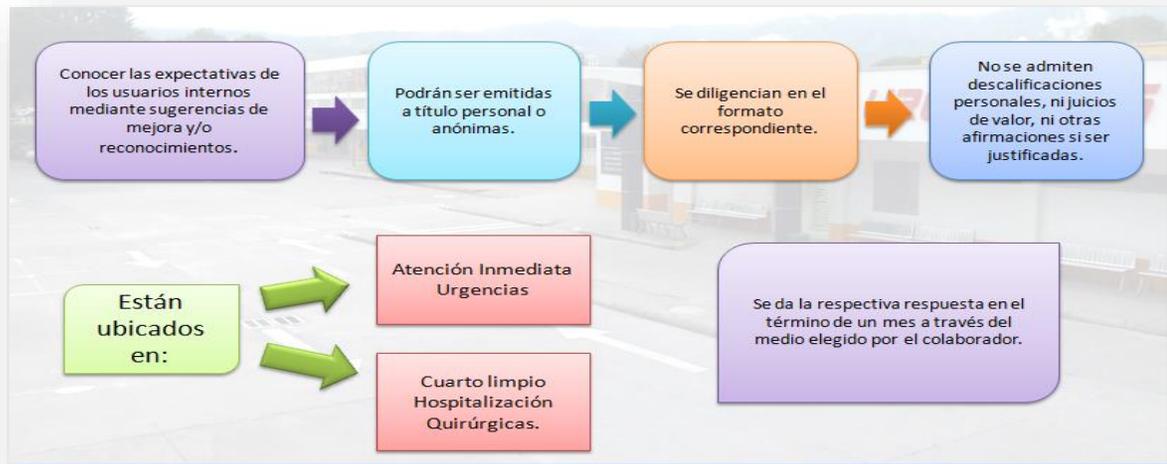
- Concurso por méritos de la Comisión Nacional del Servicio Civil
- Contratación a través de Outsourcing
- Semilleros de inducción, en los cuales se evalúa y se tiene en cuenta:
  - Prueba psicológica
  - Prueba psicotécnica
  - Evaluación práctica según rotación establecida
  - Evaluación de conocimientos
  - Inducción institucional y específica
  - Certificación de entrenamiento específico
  - 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
<a href="#">Rotación de personal.</a>	$(\text{Número de ingresos} + \text{número de egresos} / 2 * 100 / \text{Número de personas al inicio del periodo} + \text{número de personas al final del periodo} / 2.)$	<15%	Mensual
<a href="#">% Sugerencias tramitadas</a>	$(\text{Total de sugerencias o reconocimientos tramitadas} / \text{Total de sugerencias de mejora o reconocimientos encontradas en los buzones}) * 100$	100%	Mensual
<a href="#">% de cumplimiento a la Inducción Institucional</a>	$(\text{Número de aspirantes que cumplieron con la Inducción Institucional} / \text{Total de aspirantes programados}) * 100$	100%	Mensual

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

<a href="#">Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación</a>	(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
<a href="#">Cumplimiento Plan de Bienestar Social</a>	(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
<a href="#">Ausentismo laboral por Enfermedad Común</a>	(No. de horas perdidas por Enfermedad Común en el período/No. de horas programadas en el mismo período)*100	<10%	Mensual
<a href="#">Ausentismo laboral por Enfermedad Laboral</a>	(No. de horas perdidas por Enfermedad Laboral en el período/No. de horas programadas en el mismo período)*100	<10%	Mensual
<a href="#">Ausentismo laboral por Accidente de Trabajo.</a>	(Número total de horas perdidas por Accidente de Trabajo por subproceso/Número total de horas trabajadas por subproceso)*100	<10%	Mensual
<a href="#">Eficiencia de la estrategia de los Gestores de Cambio.</a>	(Número de colaboradores socializados en los diferentes temas/ Número total de colaboradores que desarrollan procesos en la Institución)*100	≥70%	Semestral

### 8) Manual de Funciones y Competencias Laborales.

La Junta Directiva de la ESE expide el Acuerdo No. 06 de Julio 31 de 2015 “Por el cual se ajusta el Manual específico de Funciones y de Competencias Laborales para los empleos

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

de la Planta d Personal de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito – Huila” y que fuera modificado con Resolución N° 104 del 28 de marzo de 2016, el cual establece la identificación, propósito principal, descripción de funciones esenciales, contribuciones individuales, conocimientos básicos y requisitos de estudio y experiencia, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Decreto 2484 de 2014 compilado por el Decreto 1083 de 2015 Artículos 2.2.3.9 al 2.2.9.6 (Decreto Único Reglamentario del sector de Función Pública). Este Manual es actualizado acorde al Decreto 815 de 2018 “Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos”

## 9) Evaluación del Desempeño laboral.

Respecto a la Evaluación del Desempeño Laboral, la ESE se acoge a los términos definidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil, que definió el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral para los servidores de Carrera Administrativa, en Período de Prueba y Libre Nombramiento y Remoción en los términos del Acuerdo No. 565 del 25 de Enero de 2016.

En lo que tiene que ver con el Programa de Inducción y Reinducción, el Hospital desarrolla la estrategia “Semilleros de Talento Humano” con la participación de funcionarios que aspiran ingresar a laborar en las áreas administrativas, asistenciales o de apoyo bajo cualquier modalidad de vinculación (Provisionalidad, periodo de prueba, contratación directa, agremiación, entre otras.) y que se han sometido o se someterán al proceso de selección.

## 2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

En cuanto a la Plataforma Estratégica la Junta Directiva expide el Acuerdo No. 010 del 29 de Noviembre de 2018 “Por medio del cual se actualiza y adopta La Plataforma Estratégica de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, y se dictan otras disposiciones”, es desarrollo de las funciones que le otorga la Constitución Política de Colombia, Acuerdo 01 de 1995, Acuerdo 04 de 1997, Ley 100 de 1993, Decreto 1876 de 1994, Ley 489 de 1998, Decreto 2145 de 1999, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1474 de 2011, Decreto 1499 de 2017, Circular 47 de 2007 y la Circular Externa 000003 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, y, demás normas concordantes y complementarias”, en el cual se definen:

### Visión

En el año 2022 La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, será modelo y referente a nivel nacional por la prestación de servicios de salud complementarios, diferenciados por la calidad y humanización en la atención, acreditándose como Hospital Universitario.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## Misión

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, presta servicios de salud humanizados y confiables, soportados en la gestión del conocimiento de su talento humano y la mejor tecnología, asegurando su sostenibilidad y permanencia en el tiempo, orientados en la transformación organizacional y el mejoramiento en la calidad de vida de la población a la que sirve.

## Objetivos Estratégicos

1. Desarrollar el modelo de atención integral y humanizado en respuesta a las necesidades de la población usuaria enmarcados en la Red Departamental
2. Consolidar las competencias del Talento Humano, fortaleciendo el crecimiento personal y laboral en un clima de mutua confianza, que conlleve al desarrollo integral de las personas y al cumplimiento de los propósitos organizacionales.
3. Disponer y mantener la infraestructura tecnológica, física, de información y comunicaciones actualizada, eficiente y segura a través de un adecuado mantenimiento, reposición, adquisición y entrenamiento para su uso adecuado.
4. Mantener la sostenibilidad financiera de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, a través de una gestión eficiente de los recursos que permita la prestación de servicios en condiciones de calidad y competitividad.
5. Gestionar el desarrollo sostenible de la Empresa Social del Estado a través del mantenimiento de las relaciones de confianza equitativas y justas con la comunidad, proveedores y empleados, generando impactos sociales y costo ambientales en la zona de influencia.

La ética de los funcionarios tiene como propósito fundamental el bien común ciudadano. Los principios éticos tienen como función primordial desarrollar hábitos y actitudes positivas en los servidores públicos, que permitan el cumplimiento de los fines institucionales para beneficio de la comunidad, y generen confianza y credibilidad en la sociedad.

Los principios adoptados por la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito son:

Amor  
Integridad  
Mejoramiento Continuo  
Pertenencia  
Responsabilidad social  
Autocontrol

## Valores Institucionales

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, tendrá en cuenta para su accionar los Valores Intrínsecos (son inherentes a la condición humana), las características de los valores éticos y los definidos en el Código de Integridad de la entidad.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

### **Características de los Valores Éticos:**

**Permanencia:** Perduran en el tiempo.

**Integridad:** Hace parte en las actuaciones del hombre.

**Satisfacción:** Producen un gusto por el buen obrar.

**Jerarquía:** Son básicos y prioritarios al momento de hacer elecciones.

**Trascendencia:** Influyen en todas las personas del entorno.

**Dinamismo:** Generan energía de bien y sinergia a su alrededor.

**Aplicabilidad:** Son practicados por el hombre que los apropia.

**Complejidad:** Resultan difíciles de aplicar cuando se trata de sacrificar el interés personal, por lograr el bien común.

**Absolutidad:** Son terminantes, decisivos y categóricos. Concentra la atención y acción en una dirección única de hacer las cosas.

### **Valores Definidos en el Código de Integridad:**

Con base en lo establecido en La Resolución No. 198 de 10 de Julio de 2018, se establecieron los VALORES INSTITUCIONALES, bajo el concepto CÓDIGO DE INTEGRIDAD, en el marco de la implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión –MIPG- para la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, los cuales son:

#### **Honestidad:**

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

#### **Respeto**

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

#### **Compromiso**

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

#### **Diligencia**

Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

#### **Justicia**

Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación

#### **Trabajo En Equipo**

Realizo una tarea en particular entre un grupo de dos o más personas, manteniendo un buen nivel de coordinación y armonía entre los integrantes, en la búsqueda de los objetivos de la Entidad.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Es de anotar que la actualización y adopción de la Plataforma Estratégica se realizó teniendo en cuenta el Plan de gestión y el cumplimiento de los programas y proyectos inmersos en dicho Plan.

Esta plataforma se halla publicada en la Web Institucional, se socializo en la Junta Directiva, con los coordinadores de áreas y procesos, en el despliegue de los estándares de acreditación a través de actividades lúdico recreativas, a través de los diferentes canales de comunicación interna (redes sociales, canal institucional de televisión, pantalla digital, etc.), y en el Comité Técnico Gerencial que se realiza el primer día hábil de cada semana.

La Institución Hospitalaria publicó el Plan se Gestión 2016-2020 “Desarrollo y transformación hospitalaria con gestión humana”, el cual contiene integralmente las metas a cumplir, tanto del área asistencial como administrativa.

### **Mapas de Procesos y Comités Institucionales.**

Respecto al Mapa de Procesos se expidió la Resolución No. 209 del 25 de Julio de 2018 “Por la cual se adoptan, aprueban y actualizan Manuales, Procedimientos, Protocolos, Guías y Formatos revisados por el comité de gestión de la calidad de la atención en salud de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, para su utilización dentro del Sistema Obligatorio de Garantida de la Calidad en la prestación de los Servicios de Salud”, definiendo en el Artículo 14 “En los términos establecidos por el Comité de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud, en el proceso de MAPA DE PROCESOS. Actualizar Mapa de procesos del Hospital HSP-MP-01.”

Respecto a la dinámica y operatividad de los Comités Institucionales en el Artículo 2 de la Resolución No. 074 de Febrero 28 de 2018 "Por la cual se adoptan, aprueban y actualizan Manuales, Procedimientos, Protocolos, Cronogramas, Lineamientos, Guías y Formatos aprobados por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Garantida de la Calidad de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, para su utilización dentro del Sistema Obligatorio de Garantida de la Calidad en la prestación de los Servicios de Salud; se designan responsables para los programas Reactivovigilancia, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, y se dictan otras disposiciones", define “APROBAR en los términos establecidos por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y de Garantía de Calidad, los siguientes Cronogramas, Manuales, Formatos, Portada, Caracterización y Plantilla: a. Cronograma de los comités para el año 2018. b. Cronograma del Plan de Auditorias oficina de Control Interno y Calidad para la vigencia 2018.”

La socialización y difusión del Mapa de Procesos y los Procedimientos se ha realizado en forma permanente, tanto en la página oficial del Hospital ([www.hospitalpitalito.gov.co](http://www.hospitalpitalito.gov.co)) la cual se halla en proceso de actualización por cambio de ambiente, y que puede ser consultada en cualquier momento por la comunidad en general; así mismo para los funcionarios, contratistas y agremiaciones se cuenta con la intranet para su consulta continua.



### Servicio al ciudadano,

La E.S.E. cuenta con la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) en la cual se reciben las peticiones, quejas y reclamos y de allí se direccionan para las diferentes áreas, respecto a los servicios ofrecidos por la Entidad; igualmente a través de la página web institucional, la comunidad en general tiene acceso a tal proceso.

Se realiza de manera permanente la "Medición de satisfacción del usuario y partes interesadas" a través de las estrategias definidas por la oficina de Servicio de Información y de Atención al Usuario.

En el Comité Técnico Gerencial se presentan las necesidades de las diferentes áreas, servicios o dependencias, lo cual sirve como insumo para que la Alta Dirección priorice y adopte las decisiones acertadas.

### Planes de acción.

El Decreto 612 de Abril 04 de 2018 "Por el cual se fijan 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

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

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#>

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.

### **Crecimiento Hospitalario y Proyección.**

Frente a la Proyección de desarrollo y crecimiento hospitalario se definió mediante Acuerdo No. 009 del 27 de Septiembre de 2018 el “Plan Maestro de Reordenamiento físico de servicios e infraestructura hospitalaria para la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Se ejecutó el Proyecto “Ampliación y remodelación del área de hospitalización pensión” con la construcción de catorce (14) habitaciones VIP. Ya se cuenta con los elementos que permitieron la habilitación y puesta en servicio. Esta inversión se realizó con recursos propios.

Igualmente se ejecutó el proyecto “Construcción de Parquederos para Vehículos Automotores de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y Módulo de Limpieza y Desinfección de las Ambulancias”. Este proyecto contó con los recursos para su ejecución (Recursos propios)

Existe el proyecto “Construcción de una bodega tipo industrial para Almacén y Suministros”, el cual se halla con viabilidad por parte de la Secretaria de Salud del Huila, pendiente la parte contractual. Este proyecto cuenta con los recursos para su ejecución (Recursos propios)

Igualmente se está en “Elaboración de los estudios y diseños arquitectónicos y complementarios para la construcción de la unidad de cuidados intensivos neonatal, pediátrica y unidad renal en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”

## Indicadores.

### Analítica de Datos – 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 dashboard 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.
- 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 úlceras 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 INDICADORES – 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, ya 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 2019
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

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

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.

Para el cumplimiento de las metas establecidas en el PLAN DE GESTION 2016-2020 Desarrollo y transformación hospitalaria con gestión humana, la Institución hace seguimiento estricto a los indicadores; igualmente se deben reportar en forma semestral tanto al Ministerio de Salud y Protección Social como a la Superintendencia Nacional de Salud.

Se deben reportar en forma mensual a las EPS indicadores de acuerdo a lo normado en la Circular 1552 de 2015.

Tanto la Gerencia, como las Subgerencias Técnico-Científicas y Administrativa y Financiera realizan el seguimiento a los indicadores.

Se envían también los indicadores a la oficina de control interno, acompañado de un informe ejecutivo.

De la misma manera, en el Comité Técnico Gerencial, de manera semanal se reportan indicadores por los servicios asistenciales y el área financiera.

La E.S.E. cuenta con los Manuales de Procesos y Procedimientos, los cuales se encuentran debidamente codificados y aprobados y fueron socializados en su debida oportunidad y cuya evidencia reposa en la Oficina de Control Interno.

Así mismo para los funcionarios, contratistas y agremiaciones se cuenta con la intranet para su consulta en forma continua y permanente.

### **1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

#### **Políticas de Administración del Riesgo**

Existe la Resolución No. 358 del 29 de Diciembre 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”, la POLITICA DE ADMINSTRCIÓN DEL RIESGO, Código HSP-POL-31, es ajustada a la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Versión 4 de Octubre de 2018, conforme los términos del Acta No. 02 de Diciembre 14 de 2018.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

La Institución Hospitalaria tiene definidos las Políticas de Administración del Riesgo en el Documento denominado MANUAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS, el cual se encuentra debidamente codificado (HSP-MR 01) y contiene los objetivos, alcance, marco legal, definiciones, políticas para la administración de riesgos, marco conceptual y metodológico, matriz de identificación del riesgo (todos los procesos) y Mapa de Riesgos Operacionales (todos los procesos) el cual fue aprobado mediante Resolución 428 del 31 de diciembre de 2008, previa revisión del Comité de Coordinación de Control Interno mediante acta 011 del 29 de diciembre de 2008.

Así mismo para los funcionarios, contratistas y agremiaciones se cuenta con la intranet para su consulta en forma continua y permanente.

Adicional a lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la Entidad elabora anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, que contiene entre otras cosas el Mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas concretas para mitigar dichos riesgos. Este Plan Anticorrupción y atención al ciudadano puede ser consultado en la web Institucional por la ciudadanía en general.

### **Identificación del Riesgo**

El MANUAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS (HSP-MR 01) identifica los factores internos y externos que pueden generar eventos de riesgo para la Entidad. Se resalta que este documento se actualizó acorde a los lineamientos del DAFP y lo definido en la nueva Política de Administración del Riesgo.

El citado documento determina los riesgos de cada proceso que afecta el cumplimiento de la Institución

### **Análisis y Valoración del Riesgo**

El Manual de Administración de Riesgos (HSP-MR 01) contiene el análisis de riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad de ocurrencia y el posible impacto en caso de materialización; igualmente establece el Mapa de Riesgos de cada proceso que identifica controles correctivos y preventivos. Este documento se actualizó acorde a los lineamientos del DAFP y lo definido en la nueva Política de Administración del Riesgo.

Así mismo en cumplimiento de lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la Entidad elabora anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, que contiene entre otras cosas el Mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas concretas para mitigar dichos riesgos. Este Plan Anticorrupción y atención al ciudadano puede ser consultado en forma permanente en la web ([www.hospitalpitalito.gov.co](http://www.hospitalpitalito.gov.co)) por la comunidad.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

## **2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

### **2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL**

Se realizan actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación y el autocontrol. Se cuenta con el Manual de los Indicadores HSP-MIN-01, Versión 2.0, del 29 de Julio de 201 y el formato MATRIZ DE REGISTRO Y MEDICIÓN DE INDICADORES, HSP-CI-F33, Versión 1.0, del 25 de Agosto de 2010 y el Formato FICHA DE INDICADORES, HSP-AC-MC-F01, Versión 1.0, del 28 de Noviembre de 2018.

Al interior de cada uno de los procesos (administrativos y asistenciales) se realizan reuniones periódicas y se levantas las actas respectivas, en las cuales queda consignado los inconvenientes y la forma como se resuelven los mismos.

Lo anterior constituye el autocontrol que se convierte en un instrumento básico para la mejora continua de los procesos y por ende de la Institución Hospitalaria.

### **2.2. COMPONENTE AUDITORIA INTERNA**

El Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, conforme los términos de la Resolución Gerencial 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”, estudio, aprobó y adopto el Plan de Acción de Control Interno, Plan de Auditorias de Control interno, el Estatuto de Auditoria interna y el Código de Ética del Auditor Interno en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

En cumplimiento de la diferente normatividad, la Oficina de Control Interno ha emitido y remitido, los siguientes informes:

INFORME 01-19  
 SEGUIMIENTO PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS  
 SEGUNDO SEMESTRE DE 2018  
 Gerencia y Web Institucional

INFORME 02-18  
 INFORME AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO  
 CUARTO TRIMESTRE DE 2018 (Octubre, Noviembre y Diciembre)  
 Gerencia y Web Institucional

INFORME 03-19  
 INFORME SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO (01 de septiembre y el 31 de diciembre de 2018)  
 Gerencia y Web Institucional

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO"</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

INFORME 04 – 19

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2018

**Gerencia, Contraloría y Web Institucional**

INFORME 05-19

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Período: 12 de Noviembre de 2018 y el 11 de Marzo de 2019

Gerencia y Web Institucional

INFORME 06-19

INFORME AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PUBLICO

PRIMER TRIMESTRE DE 2018 (Enero, Febrero y Marzo)

Gerencia y Web Institucional

INFORME 07-19

INFORME SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO (01 de Enero y el 30 de Abril de 2019)

Gerencia y Web Institucional

INFORME 08 -19

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Período: 12 de Marzo de 2019 y el 11 de Julio de 2019

Gerencia y Web Institucional

INFORME 09 -19

INFORME AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PUBLICO

SEGUNDO TRIMESTRE DE 2019 (Abril, Mayo y Junio)

Gerencia y Web Institucional

INFORME 10 -19

SEGUIMIENTO PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS - PQR

PRIMER SEMESTRE DE 2019

Gerencia y Web Institucional

INFORME 11-18

INFORME SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO (01 de mayo y el 31 de agosto de 2017)

Gerencia y Web Institucional

INFORME 12 -18

INFORME AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PUBLICO

TERCER TRIMESTRE DE 2018 (Julio, Agosto y Septiembre)

Gerencia y Web Institucional

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

INFORME 13 -18  
 INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO  
 Período: Julio 12 de 2019 a Noviembre 11 de 2019  
 Gerencia y Web Institucional

INFORME 14 -18  
 INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO  
 Período: 12 de Noviembre de 2019 y el 31 de Diciembre de 2019  
 Gerencia y Web Institucional

INFORME 15 -18  
 INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO  
 VIGENCIA 2019  
 Gerencia, Contraloría y Web Institucional

EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE  
 Con corte a 31 de Diciembre de 2018 – por cargar

INFORME DERECHOS DE AUTOR 2018  
 Vigencia 2018

### 2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

En la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, existe el proceso debidamente establecido, con sus respectivos formatos aprobados por el Comité de Coordinación de Control Interno y de Garantía de la Calidad.

En la Oficina de Control Interno reposan los Planes de Mejoramiento suscritos por las áreas administrativas y asistencias. Igualmente reposan los seguimientos realizados a los mismos, tanto por cada uno de los responsables como de esta Oficina.

De la misma manera están los reportes de seguimiento e Informe a la Contraloría Departamental respecto del Seguimiento a Planes de Mejora producto de las Auditorias a la ESE.

A través del Sistema Electrónico de Rendición de Cuentas SINTERCADH (Sistema Integrado de Rendición de cuentas Administraciones del Huila) y conforme el Artículo 13 de la Resolución 230 de Agosto 06 de 2012, la cual establece que se deberá presentar en forma semestral un informe de avance sobre el cumplimiento del Plan dentro de los quince (15) hábiles del mes siguiente al periodo que corresponda, se ha realizado el cargue del Formato Seguimiento Plan de Mejoramiento debidamente diligenciado y sus respectivos anexos.



a. AUDITORIA ESPECIAL 2015.

Último reporte de seguimiento con corte a Junio 30 de 2019, (Cargue en Julio de 2019) en el cual se cumple el 100% del Plan de Mejora del último Hallazgo. Se sugiere solicitar el fenecimiento de la cuenta.

b. AUDITORIA SOBRE EVALUACIÓN A LA CUENTA CONSOLIDADA DE LA VIGENCIA 2016.

Último reporte de seguimiento con corte a Diciembre 31 de 2017, (Cargue en Enero de 2018) en el cual se cumple el 100% del Plan de Mejora del Único Hallazgo. Se sugiere solicitar el fenecimiento de la cuenta.

c. AUDITORIA ESPECIAL 2018. 5 Hallazgos Fiscales.

Último reporte de seguimiento con corte a 31 de Diciembre de 2019. El Plan de Mejora y Seguimiento se inicia en Julio de 2019 y culmina en Febrero de 2020.

Se ha realizado seguimiento a los compromisos y actividades, los soportes quedan en la carpeta respectiva.

**Plan de auditorías, precisando su vigencia, avances y seguimientos a los planes de mejoramiento**

Mediante Acta No. 01 de Febrero 22 de 2019 se realizó la aprobación y adopción del Plan de Acción de Control Interno y el Plan de Auditorías de Control interno en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, para la vigencia 2019.

Mediante Acta No. 02 de Septiembre 25 de 2019 se Ajustó y Actualizó el **Programa Integral de Auditorías**. El programa de auditorías integrales de gestión y calidad busca fortalecer y armonizar el sistema de control interno y proceso de calidad de la organización. En la búsqueda de la mejora continua de los procesos institucionales, a través de la aplicación de evaluaciones que se desarrollan en las auditorías internas que se realizan. Las cuales permiten determinar el grado de conformidad del proceso frente a los requisitos establecidos. Se realiza a partir de los resultados de la evaluación del plan anterior, evidencian en las auditorías internas (autocontrol – auditoría interna) y externas (entes de control y vigilancia), los riesgos por procesos que se priorizan de acuerdo a la metodología de gestión y que incluyen los riesgo clínicos y de seguridad del paciente.

Se está construyendo el **Plan de Acción Gestión del Riesgo** el cual se desarrollará en la vigencia 2020 en coordinación con la Oficina de Calidad.

Se tiene Plan de Mejora a partir de **Auditoría Interna** al Proceso Gestión de Recursos Financieros; Subproceso: Autorizaciones Ambulatorias; Responsable: Edison Jair Mahecha Suárez en calidad de Coordinador Admisiones, Notificaciones y Autorizaciones – SIAPSA.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Las actividades deben cerrarse en Diciembre de 2019. Se tiene seguimiento y reporte del mismo al Líder del Proceso, a la Subgerencia Administrativa y Financiera y a la Representante Legal de la Agremiación

### **3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito cuenta con la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) en la cual se reciben las peticiones, quejas y reclamos y de allí se direccionan para las diferentes áreas.

Se permanece en contacto con los usuarios internos y externos a través de los medios electrónicos tales como la página web institucional ([www.hospitalpitalito](http://www.hospitalpitalito)), servicio de intranet, Software para comunicaciones interna ExtraNet, correos electrónicos, redes sociales Twitter, Facebook, Instagram, entre otros,

Se cuentan con los mecanismos para identificar la información externa (la recepción de peticiones, quejas, reclamos y/o denuncias, Buzón de sugerencias etc.), y que están al servicio de la ciudadanía en general. Así mismo, está el buzón para el cliente interno como mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias o solicitudes de los funcionarios.

El SIAU en forma mensual realiza un número razonable de encuestas para medir la satisfacción de los usuarios, esta tabulación permite a la Alta Dirección tomar medidas importantes para el cumplimiento de los objetivos institucionales. Esta se socializa en el comité Técnico Gerencial y en los Comités Asistenciales.

La Intranet permite a los funcionarios (independientemente de su forma de vinculación) consultar en forma permanente la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la Institución.

Las Tablas de Retención Documental (TRD) que se manejan al interior de la entidad cumplen razonablemente con lo dispuesto en la Ley 594 de 2000. Está en proceso de su actualización, conforme lo establecido por el Archivo General de la Nación en sus diferentes circulares.

Se cuenta con una Política de Comunicaciones (Código del Procedimiento HSP-POL-05) debidamente actualizada (Acta N° 009 y Resolución 265 del 18 y 19 de septiembre de 2014 respectivamente) la cual establece un mecanismo de comunicación con los usuarios internos y externos. Esta, también está siendo sujeta de revisión y actualización.

La Entidad cuenta con el área de “Información y correspondencia” que tiene como finalidad la recepción de todas las comunicaciones cuyo destinatario es el Hospital, cuyo proceso está plenamente documentado, que para la seguridad queda respaldado en el sistema de información Dinámica Gerencial.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

En la web institucional se realiza publicación permanente de Informe de PQR (Mensual), Publicación de la información relacionada con la planeación institucional, Publicación de trámites y servicios ofrecidos a los ciudadanos, Proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía; Rendición de cuentas realizados anualmente; Publicación del resultado de la rendición de cuentas; Informes de gestión institucional; además, se cuenta con el Link para recepción de PQR y consulta para la obtención requerida para la gestión de la entidad, solicitud de trámites SUIT o Publicación de formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos,

La E.S.E. cuenta con los procesos, procedimientos y guías donde se establecen el manejo organizado de los sistemas de información, así como los usuarios y/o grupos de interés a quienes va dirigida la información del portafolio de servicios.

En cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y su decreto reglamentario 103 de 2015 (compilado por el Decreto Reglamentario 1081 Único del Sector Presidencia de la República), la Entidad tiene publicada en su web institucional la información requerida y cumple RAZONABLEMENTE tal disposición. Está en proceso de actualización de la información por encontrarse implementando la nueva Web Institucional.

A través de la Intranet se tiene fácil acceso a la Normatividad interna u otros documentos (manuales, procedimientos, entre otros) necesarios para la gestión de los procesos

Existe la Política de comunicaciones establecida, adoptada y socializada con los funcionarios; así mismo cuenta con el Plan de comunicaciones

La información de la correspondencia se maneja de forma organizada y sistematizada que permite la consulta en línea para saber el estado en que se encuentra bajo parámetros de un sistema de seguridad

Se evidencia un manejo organizado y sistematizado de los recursos (físicos, humanos, financieros y tecnológicos)

### **Conclusiones y Observaciones**

La metodología empleada en la evaluación se constituyó en un mecanismo que permitió realizar un examen objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados, a fin de determinar si los recursos se utilizaron con la debida consideración por su economía, eficiencia, eficacia y transparencia; si se observaron las normas internas y externas que le eran aplicables a la entidad; y si los mecanismos de comunicación fueron confiables, permitieron revelar los aspectos importantes de la gestión y los resultados obtenidos, satisfaciendo a la institución.

Se insiste en la importancia de realizar la actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD) de acuerdo a los requerimientos esbozados por el Archivo General de la Nación.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Se debe continuar con la construcción del **Plan de Acción Gestión del Riesgo** el cual se desarrollará en la vigencia 2020 en coordinación con la Oficina de Calidad.

Se resalta la actualización del MANUAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS, el cual se encuentra debidamente codificado (HSP-MR 01) en concordancia con la POLITICA DE ADMINSTRCIÓN DEL RIESGO, Código HSP-POL-31, y acorde a la nueva metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Versión 4 de Octubre de 2018, conforme los términos del Acta No. 02 de Diciembre 14 de 2018.

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.

## 2. SOBRE APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE AUSTERIDAD

El artículo 22 Decreto 1737 de 1998, modificado por el Decreto 984 de mayo 14 de 2012, artículo 1º. establece: “Las Oficinas de Control Interno (...) prepararán y enviarán al representante legal de la entidad u organismo respectivo, un informe trimestral, que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto

En tal sentido la Oficina de Control Interno ha venido verificando el cumplimiento de las políticas de eficiencia y austeridad en el gasto público durante el año 2019 en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, realizando observaciones y recomendaciones con el fin de que se establezcan parámetros, cuando sea necesario, que permitan a la entidad ir reduciendo gastos paulatinamente y con ello dar cumplimiento a las medidas establecidas por el Gobierno Nacional en materia de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público.

De conformidad con el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de “(...) eficacia, economía, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. (...)”.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

**EFICACIA:** La eficacia “es el grado en que se alcanzan los objetivos propuestos o también la actuación para cumplir tales objetivos”, busca el resultado de la acción, la realización efectiva, real, de los objetivos deseados o programados.

Este principio constitucional fue desarrollado expresamente por la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA) al indicar, en su artículo 3 -inciso 11- que “En virtud del principio de eficacia, las autoridades buscarán que los procedimientos logren su finalidad y, para tal efecto, removerán de oficio los obstáculos puramente formales, evitarán decisiones inhibitorias, dilaciones o retardos y sanearán, de acuerdo con este Código las irregularidades procedimentales que se presenten, en procura de la efectividad del derecho material objeto de la actuación administrativa”. Así mismo, en el artículo 41, el CPACA ordena la materialización de dicho principio constitucional y legal al establecer que “La autoridad, en cualquier momento anterior a la expedición del acto, de oficio o a petición de parte, corregirá las irregularidades que se hayan presentado en la actuación administrativa para ajustarla a derecho, y adoptará las medidas necesarias para concluirla”.

**EFICIENCIA;** Consiste en el buen uso de los recursos. Es la relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo; es decir, cuando se utilizan menos recursos para lograr un mismo objetivo. O al contrario, cuando se logran más objetivos con los mismos o menos recursos. Los resultados más eficientes se alcanzan cuando se hace uso adecuado de estos factores, en el momento oportuno, al menor costo posible y cumpliendo con las normas de calidad requeridas.

**ECONOMIA:** Este principio constitucional fue desarrollado expresamente por la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA) al indicar, en su artículo 3 -inciso 12- que “En virtud del principio de economía, las autoridades deberán proceder con austeridad y eficiencia, optimizar el uso del tiempo y de los demás recursos, procurando el más alto nivel de calidad en sus actuaciones y la protección de los derechos de las personas.”

Orienta a la entidad hacia una política de sana austeridad u mesura en el gasto, con una medición racional de costos en el gasto público y hacia un equilibrio convincente y necesario en la inversión, garantizando así la debida proporcionalidad y conformidad en resultados a término de costo beneficio.

En tal sentido, la Oficina de Control interno de la Entidad, es la herramienta de seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que tiene como propósito fundamental lograr la eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones de las dependencias de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila.

Teniendo como fundamento Jurídico lo establecido en los Decretos No. 1737 de 1998, Decreto No. 984 del 14 de mayo de 2012, en concordancia con el artículo 2.8.4.8.2 del Decreto 1068 de 2015 (Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público) y Directiva Presidencial 09 del 09 de Noviembre de 2018 (Deroga la directiva 01 de

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Febrero 10 de 2016 que derogaba las directivas 05 y 06 de 2014), así mismo, lo definido en el Artículo 104 de la Ley No. 1815 de Diciembre 7 de 2016 - Plan de Austeridad del Gasto para la vigencia fiscal 2017 - que trazan políticas sobre medidas de austeridad y eficiencia de las entidades públicas que manejan recursos del Tesoro Público y los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), normatividad que constituye la estructura jurídica en materia de austeridad y eficiencia del gasto público, se ha venido realizando seguimiento al cumplimiento de la norma.

En materia de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público, el artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, modificado por el Artículo 1º del Decreto 984 del 14 de Mayo de 2012 establece que la Oficina de Control interno, preparará y enviará al representante legal de la entidad, un informe trimestral, que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto y, conforme lo determina el Artículo 9º de la Ley 1174 de 2011, se publica dicho informe en la página Web de la entidad,

Dentro de las recomendaciones generales dadas por la Oficina de Control interno, están:

- Continuar con los controles implementados en los gastos generales, buscando cada vez más la economía, austeridad y eficiencia.
- El esfuerzo para garantizar la viabilidad presupuestal y financiera de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito debe provenir además del personal de planta, de contratistas, proveedores y agremiados.  
El cumplimiento de metas en facturación y gestión de cobro le permite a la ESE contar con un músculo financiero para garantizar su sostenibilidad y cumplimiento de la proyección de crecimiento conforme el Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2016-2020”.  
De la misma manera continuar generando ingresos adicionales a partir de los rendimientos financieros y por pronto pago.
- Continuar con el fortalecimiento institucional en materia de calidad y humanismo en el servicio,
- Continuar en el fomento del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para reducir costos de fotocopias, impresos y publicaciones, tanto para los servidores de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito como para los usuarios de los servicios, .
- Continuar con la disminución de gastos en cuanto al consumo de energía:
  - Apagando las luces en las áreas donde no se requiera o no se esté laborando;
  - Apagar equipos cuando no estén en uso o en horas de receso laboral;
  - Utilizar aires acondicionados y ventiladores solo cuando sea necesario
- Insistir en la concientización al personal que labora en la Entidad (independientemente de su forma de vinculación) en la generación de una cultura de ahorro, en actividades como la reutilización del papel para impresión de documentos, el uso de los diferentes medios electrónicos para el envío y recepción de información interna y externa
- Se sugiere estudiar la posibilidad de implementar la tecnología VoIP (Protocolo de Voz sobre IP), conforme se dejó reflejado en los anteriores informes.



## MEDIDAS A SEGUIR PARA LOGRAR LA AUSTERIDAD EN EL GASTO PUBLICO.

- Fomento de la reutilización de papel usado en los diferentes informes internos.
- Impresión de documentos por ambas caras para la emisión de informes de carácter interno.
- Sensibilización sobre el uso masivo de la comunicación a través del correo electrónico y el aplicativo extranet a fin de lograr la reducción de gastos en mensajería y papelería.
- Apagar los equipos y luminarias al momento de salir a reuniones, y cuando termina el día de labores. Todos los equipos de cómputo deberán tener activado el ahorrador de energía.
- Aplicación de las medidas de austeridad definidas en la Directiva Presidencial 04 de 2012 sobre “Eficiencia Administrativa y Lineamientos de la política cero papel en la Administración Pública”.
- Aplicación de los lineamientos definidos en la Directiva Presidencial 09 del 09 de Noviembre de 2018 (Deroga la directiva 01 de Febrero 10 de 2016 que derogaba las directivas 05 y 06 de 2014)

El control en el gasto presupuestal es fundamentado en un conjunto de principios basados en criterios de legalidad, eficiencia y economía, de los cuales se deriva la necesidad de que la parte administrativa de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito continúe ejerciendo el control, para el efecto se recomienda continuar con estas políticas, que permitan que cada trimestre evaluado se pueda observar la disminución de gastos.

Las normas en relación a la austeridad y eficiencia del gasto público comprenden un amplio nivel de detalle, siempre en beneficio del erario público, razón que nos obliga a reiterar la invitación a los servidores públicos a aportar desde el autocontrol, la implementación de estrategias, el ejemplo en el uso de los bienes del estado y toda aquella iniciativa que redunde en la disminución del gasto público innecesario.

Finalmente se requiere dar continuidad a los informes de seguimiento a la Austeridad y Eficiencia del Gasto Público, en forma trimestral, para lo cual se reitera a los funcionario que suministran esta información cuando la solicite Control Interno, de manera mensual y en sea en la menor brevedad de tiempo, para de esta manera establecer parámetros que permitan a la Administración del Hospital, ir reduciendo el gasto y con ello dar continuidad al cumplimiento de las medidas establecidas por el Gobierno Nacional en materia de austeridad del gasto público.

De acuerdo con la evaluación efectuada, se concluye que la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito cumple de manera eficiente con los lineamientos establecidos por la normatividad relacionada con la austeridad del gasto público.



### 3. ENCUESTA FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO DE AVANCE DE LA GESTIÓN FURAG

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 Único 1083 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.

#### Encuesta FURAG 2018

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)

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

<p>con mejores puntajes de desempeño del Control Interno de su grupo par)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente de control 70.5</li> <li>- Evaluación estratégica del riesgo 52.3</li> <li>- Actividades de control efectivas 51.3</li> <li>- Información y comunicación 59.8</li> <li>- Actividades de monitoreo 63.0</li> </ul> </li> <li>• Líneas de defensa (Puntaje obtenido en cada una de ellas) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Línea estratégica 69.1</li> <li>- Primera línea 61.1</li> <li>- Segunda Línea 55.4</li> <li>- Tercera Línea 56.4</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Encuesta FURAG 2019</b></p> <p>En cumplimiento a la Circular Conjunta No. 01 de Noviembre 20 de 2019 de la Contraloría General del Departamento del Huila y la Directora de la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública DAF”, expiden sendas instrucciones sobre la base de la Circular Externa No. 05 del 18 de Octubre de 2019 expedida por el Consejo para la Gestión y el Desarrollo Institucional – fortalecimiento del Sistema de Control Interno y MIPG, se realizó el diligenciamiento de la Encuesta FURAG 2019 DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 18 DE Noviembre y el 230 de Diciembre de 2019, cargando toda la información, excepto la que corresponde a anualidad con corte a 31 de diciembre y que corresponde, entre otras, a la Gestión Presupuestal, Racionalización de Trámites y la información referente al Plan de Incentivos y caracterización del empleo público.</p> <p style="text-align: center;"><b>4. INFORME DE AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG EN SUS DIFERENTES DIMENSIONES</b></p> <p>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.</p> <p><b>Institucionalidad</b></p> <p>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:</p>
---

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

- a. 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”
- b. 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”  
Se aclara que ésta deroga y/o actualiza la Resolución No. 288 de Octubre 31 de 2017 “Por medio de la cual se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”.
- c. 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”
- d. Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control interno, en la cual se deja formalmente instalado y se realizó el estudio, aprobación y se solicitó la adopción a través de acto administrativo, las siguientes decisiones:
- Plan de Acción de Control Interno y Plan de Auditorías de Control interno
  - Estatuto de Auditoría interna
  - Código de Ética del Auditor Interno
  - Reglamento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
- e. Acta No. 02 de Diciembre 14 de 2018 del Comité Institucional del Sistema de Control interno, cuyo objetivo fue:
- Adopción y aprobación de la Política de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, conforme los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno
- f. 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”
- g. Acta No. 01 de Julio 10 de 2018 del Comité Institucional del Gestión y Desempeño, en la cual se deja formalmente instalado y se deja constancia sobre los siguientes aspectos:
- Aprobación del Reglamento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se destacan, entre otras, las siguientes decisiones:  
Comités que absorbe o fusiona el Comité de Gestión y Desempeño  
Funciones respecto de los comités que observe o se fusionan  
Naturaleza del Comité de Gestión y Desempeño  
Políticas de Gestión y Desempeño Institucional  
Equipo de trabajo en torno a las políticas, sobre las dimensiones definida en MIPG  
Impedimentos y recusaciones

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

#### Reuniones y funcionamiento

- Socialización de los Avance en el diligenciamiento de los Autodiagnósticos y formulación de los Planes de Acción
  - Definición de los líderes de procesos se encargaran de cada política.
  - La Asesora de Calidad acompañara los procesos de diligenciamiento de las herramientas autodiagnósticos y se articularan actividades con calidad, acreditación y control interno
  - Se adoptó el Código de Integridad, agregándose el valor de Trabajo en Equipo y se definieron equipos de trabajo y medios para su implementación.
- h. Acta No. 02 de Octubre 17 de 2018 del Comité Institucional del Gestión y Desempeño, en la cual realiza la “Socialización y análisis de la nueva página web institucional para su puesta en funcionamiento” para efectos de la reformulación, cuyo ajuste y modificaciones recogen experiencias o propuestas de pares, así como el acatamiento a la Ley 1712 del 6 de marzo de 2014 del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional) y la Resolución 3564 de 2015 del Ministerio de la Tecnología de la Información y Comunicaciones – MINTIC.

#### Autodiagnóstico

Dado el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se realiza en análisis a partir de las 7 Dimensiones del MIPG

Como complemento a los resultados de FURAG II, la Entidad se encuentra en proceso de aplicación de la herramienta de autodiagnóstico recomendada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

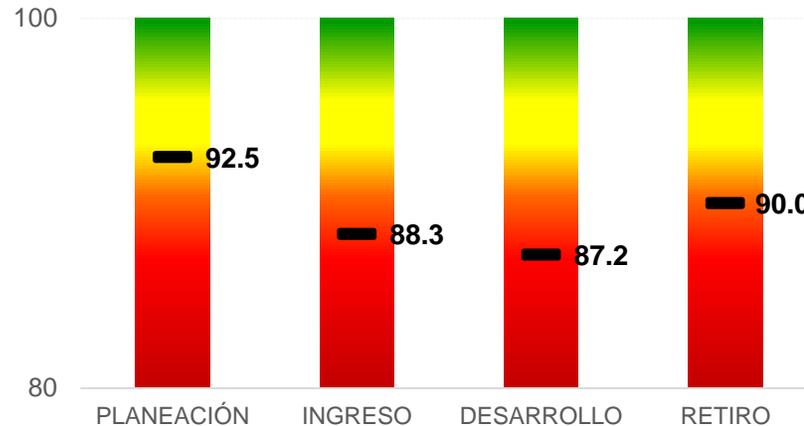
La Gerencia de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito con el ánimo de dinamizar el proceso de implementación de MIPG expide la Resolución Gerencial No. 163 de Mayo 16 de 2018 “Por medio de la cual se establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila y se dictan otras disposiciones” y asigna responsabilidades, contenidas en el “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 conformarán los siguientes equipos temáticos, los cuales serán los responsables de presentar propuestas y estrategias de operación para la implementación y sostenibilidad de las políticas y los componentes y requisitos del modelo.”

Respecto del diligenciamiento de la herramienta autodiagnóstico podemos concluir lo siguiente:



### Política Gestión Estratégica del Talento Humano.

El resultado del autodiagnóstico de **Gestión Estratégica del Talento Humano** arrojó 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 presentando la siguiente calificación por componente:



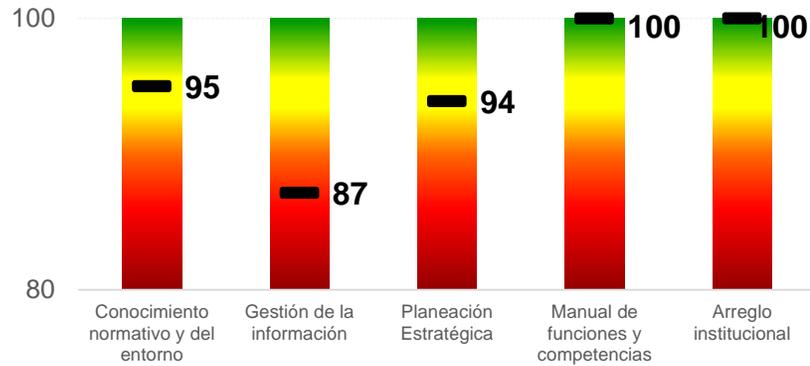
En la presente vigencia se ha venido presentando una implementación gradual, arrojando un puntaje de cumplimiento en escala ascendente. Veamos:

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:

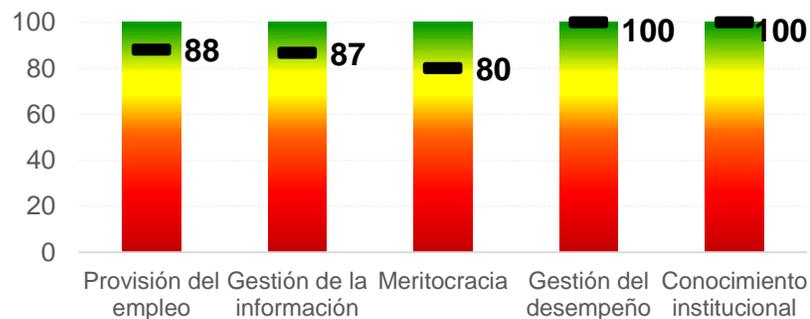


**Categorías del componente 1: Planeación**



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

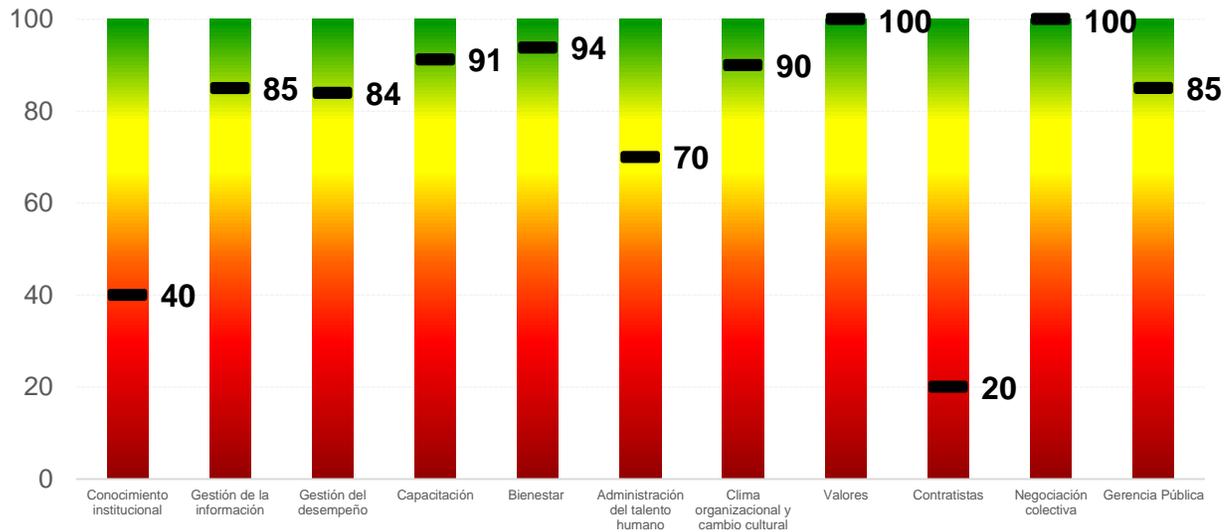
**Categorías del componente 2: Ingreso**



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



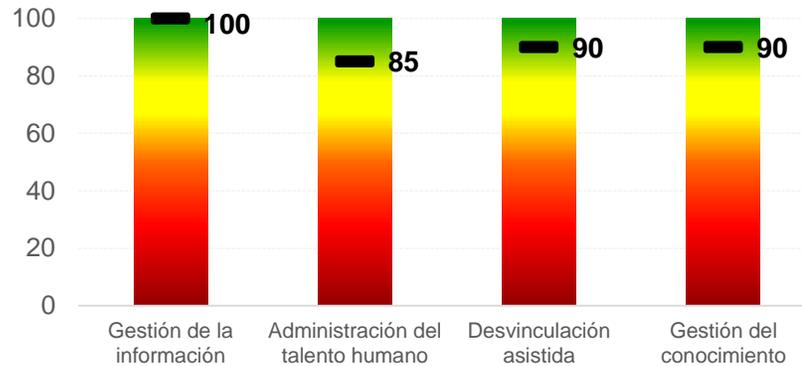
### Categorías del componente 3: Desarrollo



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



### Categorías del componente 5: Retiro



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

**Anterior**

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

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

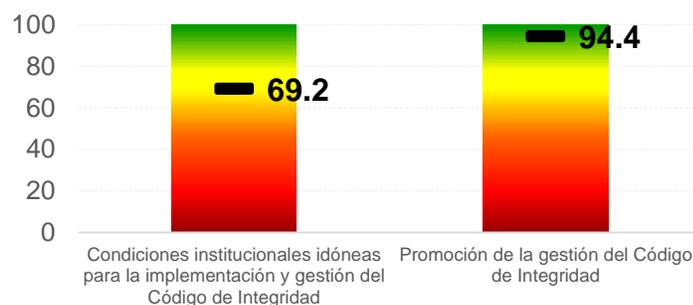
Actualmente no se halla ningún proceso de convocatoria para la provisión de los cargos de carrera administrativa a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

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 arroja 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:

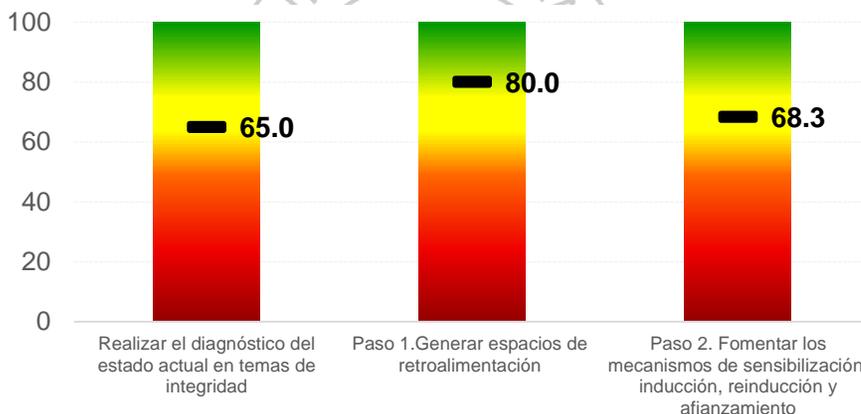




Componente	A Marzo 11 / 2019	A Julio 11 de 2019	A Noviembre 11 de 2019
Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del código de integridad.	49.1	67.5	69.2
Promoción de la gestión del código de integridad.	66	90	94.4

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

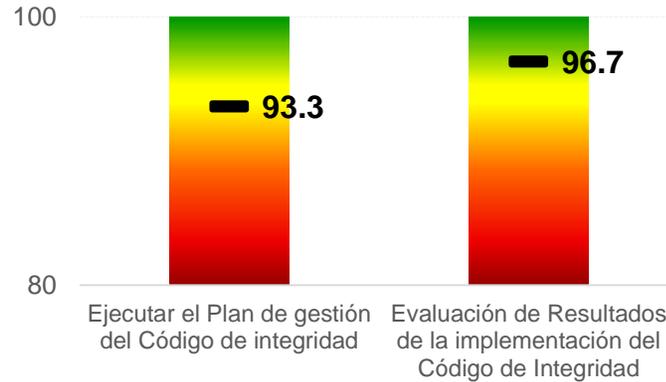
**Categorías del componente 1:**  
**Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad**



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.

## 1. 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.

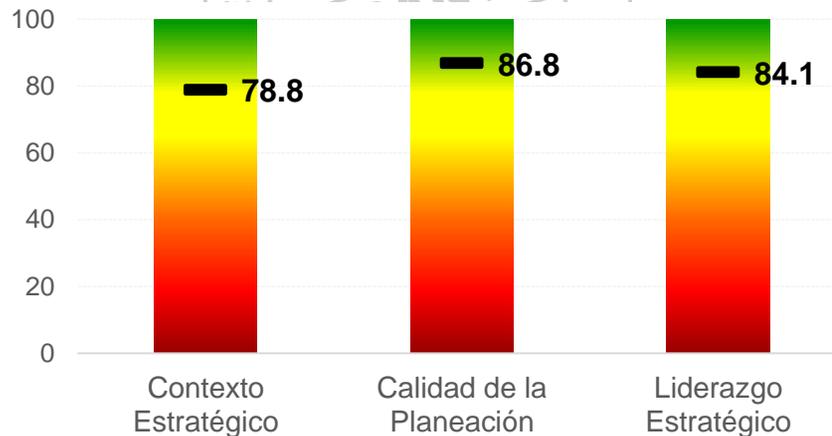


El propósito es permitirle a la Institución definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana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

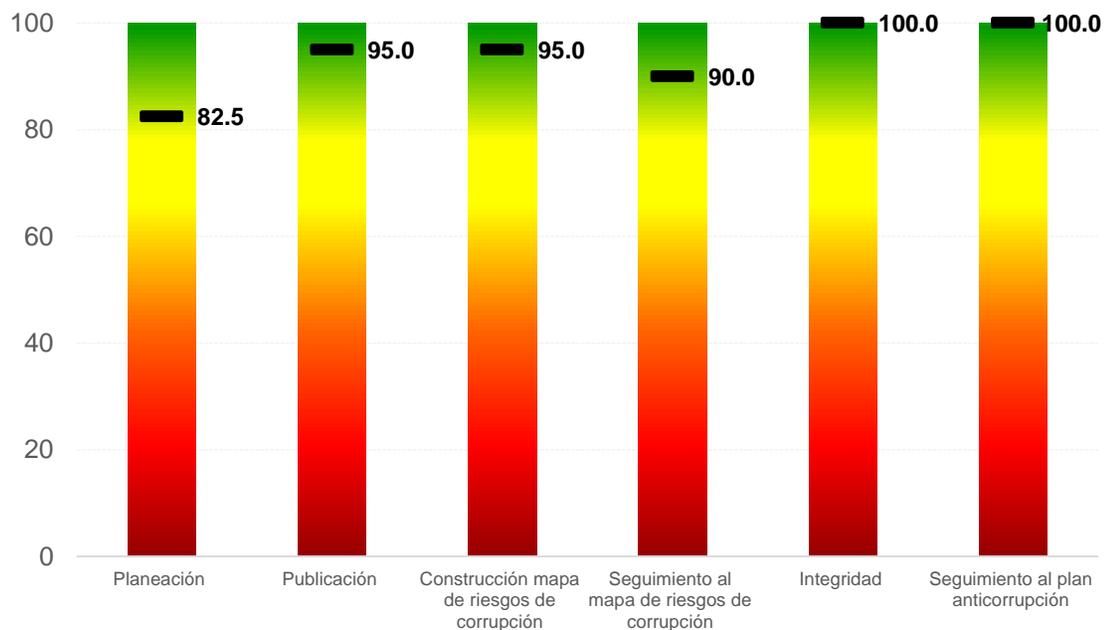
## 2.2. Política de Gestión Plan Anticorrupción.

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 arrojó 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.

## **2. 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.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO”</b> <b>PITALITO HUILA</b> <b>NIT.: 891.180.134-2</b>	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

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.**

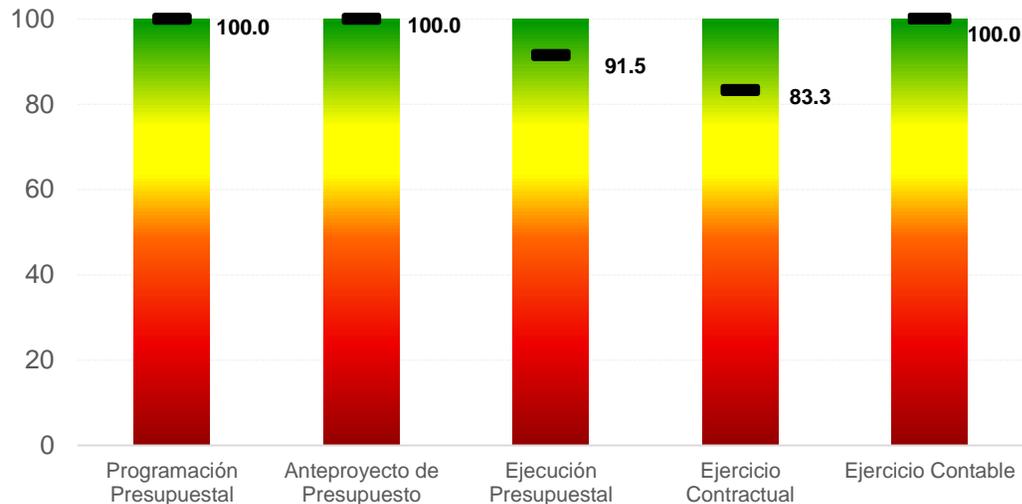
La planeación se define en consonancia con la programación presupuestal de la entidad; a su vez, el Marco de Gasto de Mediano Plazo -MGMP y el presupuesto anual permiten establecer los topes presupuestales de gasto público (agregados, por sector y entidad), de tal manera que la planeación estratégica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

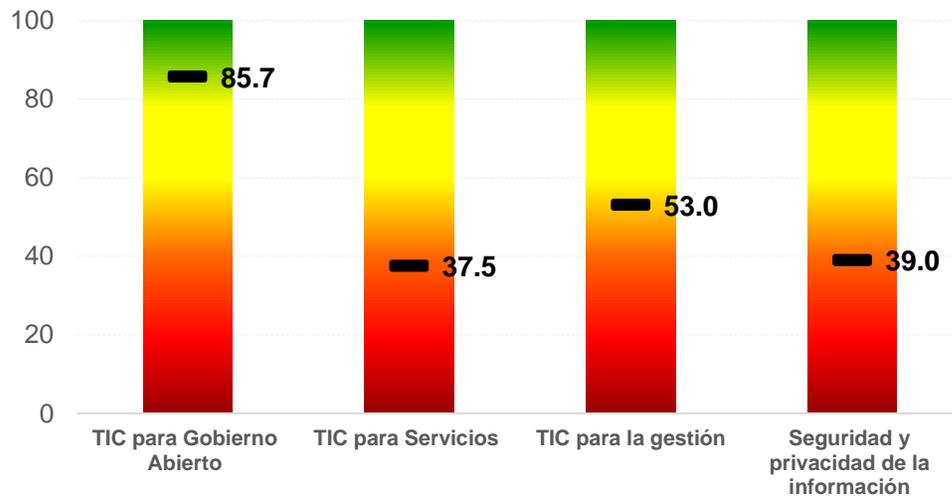
### 3.2. Política de Gobierno Digital

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 arroja 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
<b>TIC para Gobierno Abierto con 82.2 puntos</b> - 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
<b>TIC para Servicios</b> - 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
<b>TIC para la Gestión</b> - 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 Institucionales	44.30	44.30	53.00



- Indicadores de resultado TIC para la Gestión. <b>Seguridad y Privacidad de la Información.</b>			
- Indicadores de Proceso. Logro: Definición del marco de seguridad y privacidad de la información y de los sistemas de información	21.70	21.70	39.00
- Indicadores de Proceso. Logro: Plan de seguridad y privacidad de la información y de los sistemas de información			
- Indicadores de Proceso Logro: Monitoreo y mejoramiento continuo			
- 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.

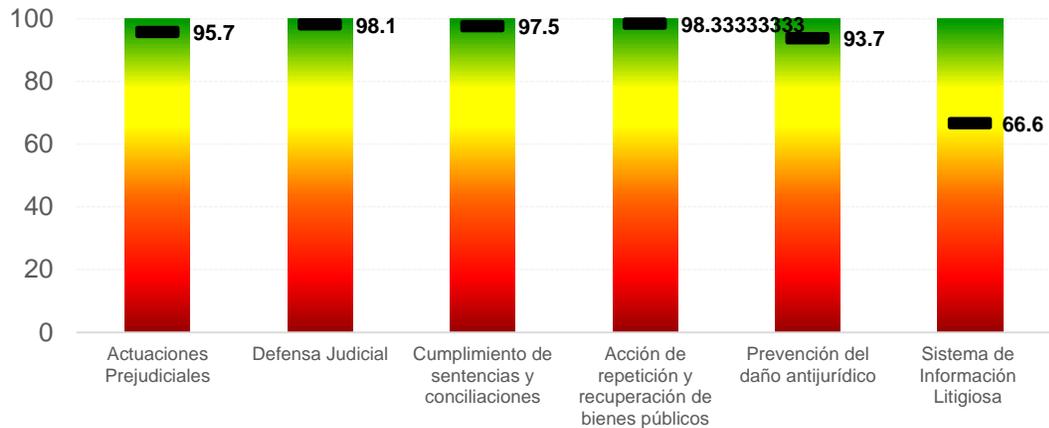
En cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad SOGC, en el componente de ACREDITACIÓN, la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito adopta y define las Políticas de Seguridad de la Información con respecto a la protección de los activos de información (los funcionarios, 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 resueltas 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.

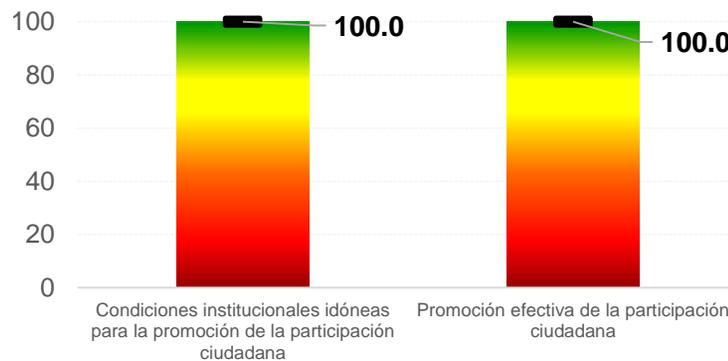
Las entidades deberán diseñar, mantener y mejorar espacios que garanticen la participación ciudadana en todo el ciclo de la gestión pública (diagnóstico, formulación, implementación, evaluación y seguimiento) en el marco de lo dispuesto en artículo 2 de la Ley 1757 de 2015; lo cual exige que, desde la 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:

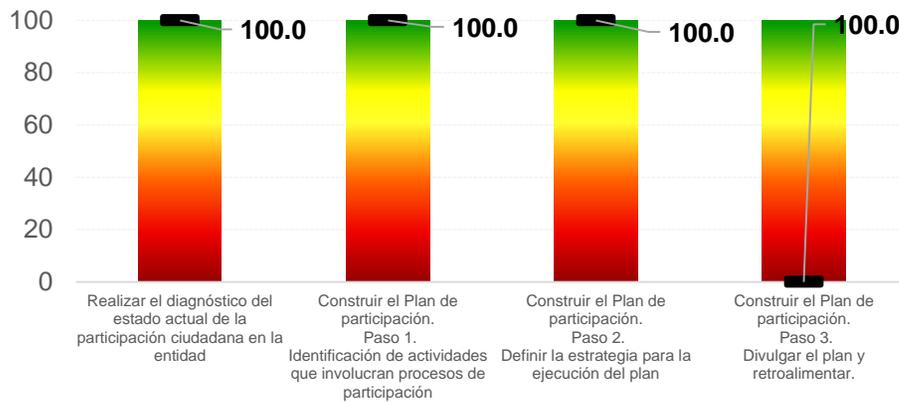
**Componente: Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana** en las siguientes categorías

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.

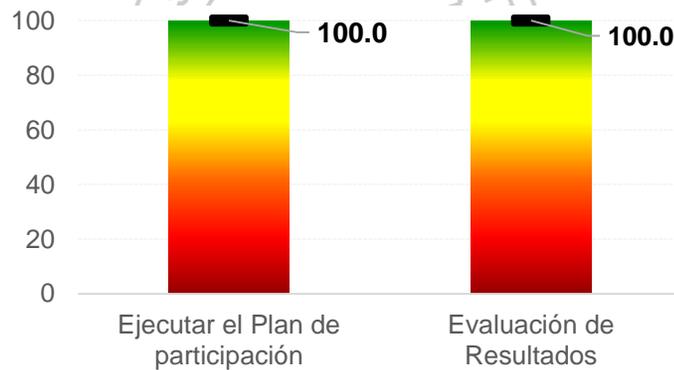
Construir el Plan de participación. Paso 3. Divulgar el plan y retroalimentar.



### 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.

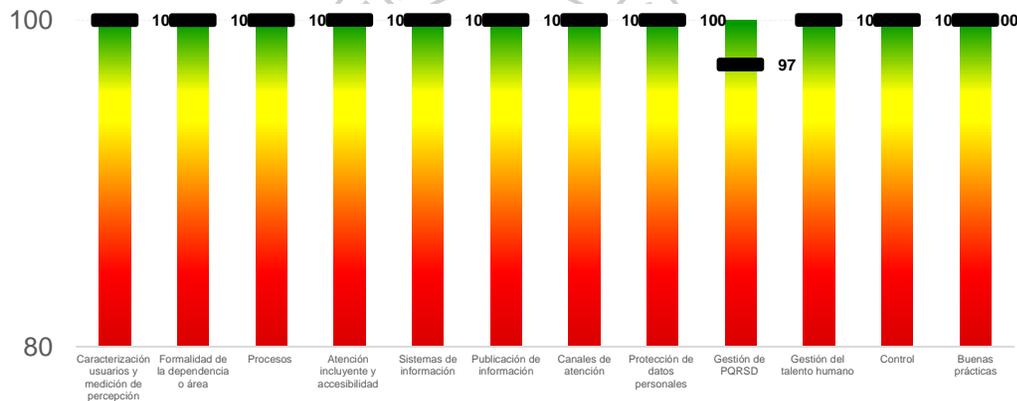
MIPG es un modelo orientado a resultados, por tanto, precisa que las entidades conozcan los derechos, necesidades y problemas de los ciudadanos, trabajen en torno a los resultados que los satisfacen y evalúen su satisfacción permanentemente. Esto se logra solo si se tiene al ciudadano como el referente para su gestión y como su punto de llegada, y a la ciudadanía organizada como participe 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 arroja 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

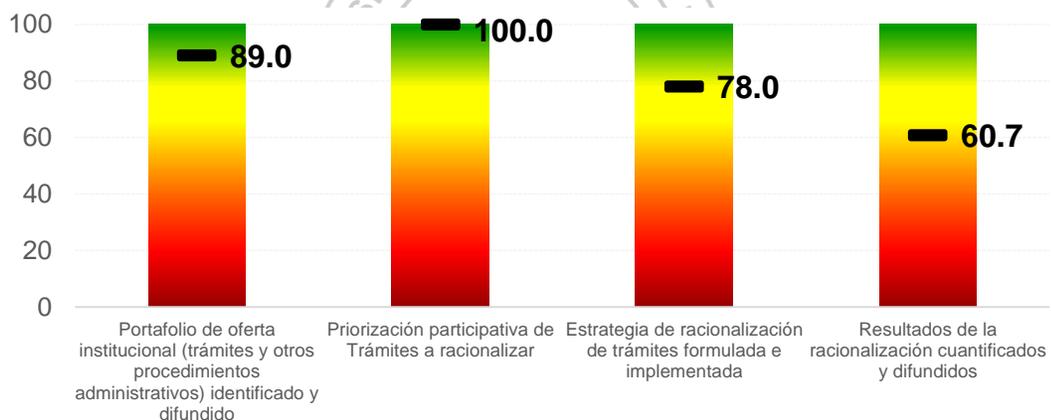


### 3.6. Política de Racionalización de Trámites

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 arrojó 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



### **3. 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.

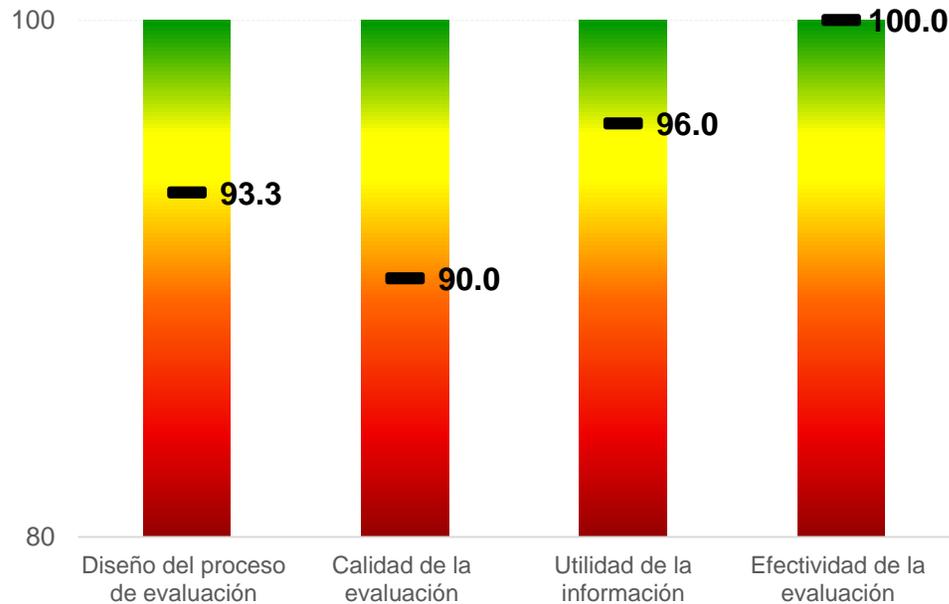
MIPG busca que la Evaluación de Resultados se aprecie en dos momentos: a través del seguimiento a la gestión institucional, y en la evaluación propiamente de los resultados obtenidos.

#### **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.

#### 4. 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



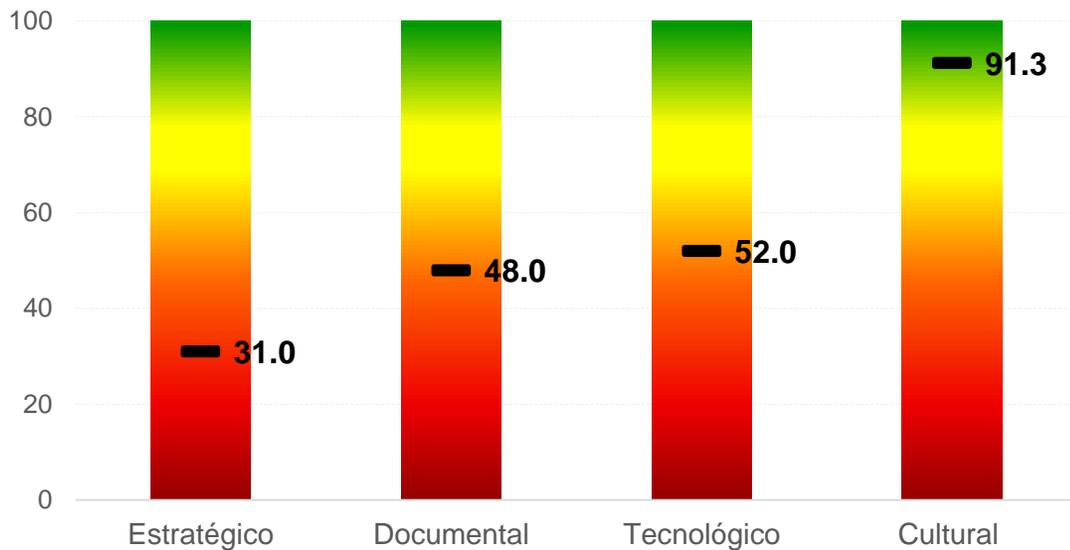
necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso, sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor. Para ello es necesario:

- 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

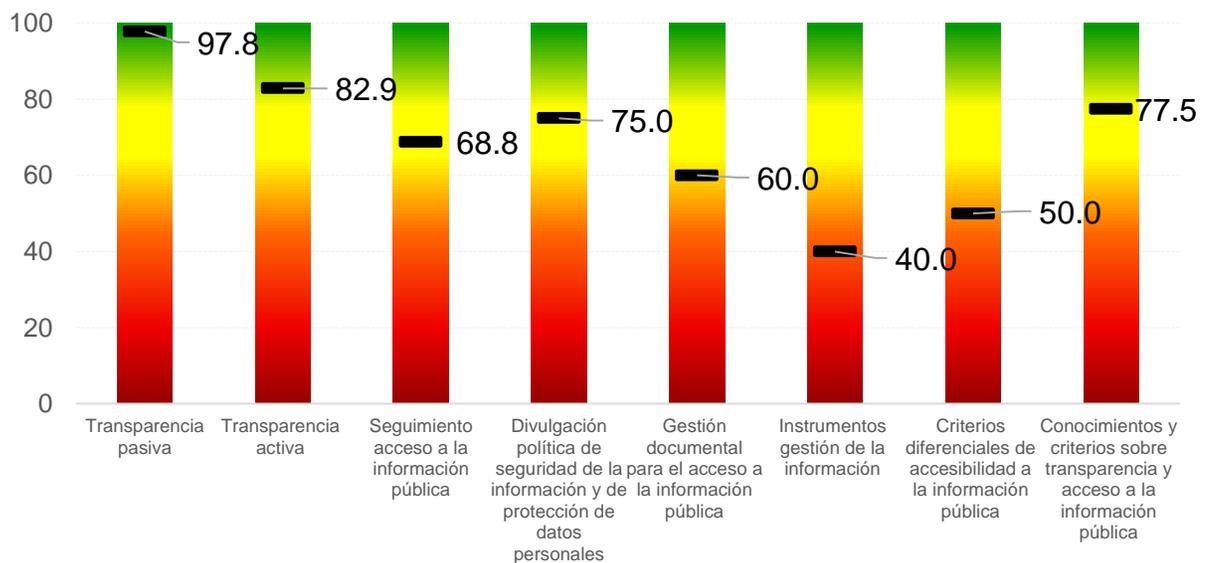


En el marco del proceso de acreditación se viene prestando mayor atención al tema de Gestión Documental. Como producto a resaltar es la formulación de la Política de Gestión Documental.

## 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 arrojó 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	38.0	75.0	75.0



información y de protección de datos personales			
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.

## **5. 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

## **6. CONTROL INTERNO**

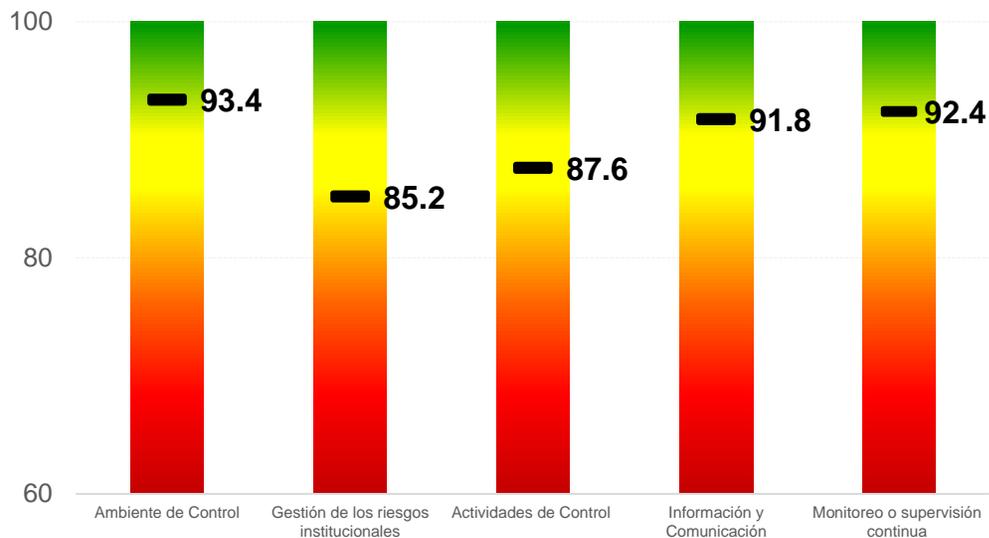
### **7.1. CONTROL INTERNO**

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 Interno<sup>9</sup>, 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 arrojó 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.



## **5. EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2019**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución No. 414 de Septiembre 08 de 2014 en concordancia con la Resolución No. 663 de Diciembre 30 de 2015 y el Procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable emitido por la Contaduría General de la Nación (CGN), quien establece los lineamientos, formatos y plazos para el reporte de la información a la CGN, a más tardar el 28 de Febrero del año siguiente al período contable evaluado, me permito informar que se digito, valido y reportó la información ante el CHIP de la CGN, la cual comprendió los siguientes item:

### **POLÍTICAS CONTABLES**

#### **ETAPA DE RECONOCIMIENTO**

Identificación

Clasificación

Registro

Medición inicial

Medición posterior

Presentación de estados financieros

#### **RENDICIÓN DE CUENTAS E INFORMACIÓN A PARTES INTERESADAS**

#### **GESTIÓN DEL RIESGO CONTABLE**

Se expedirá y generará el certificado de la unidad Administrativa Especial Contaduría General de la Nación, al momento de habilitar plataforma para el cargue, donde se dará fe que el informe de la Categoría Evaluación de Control Interno contable se presentó y su estado es "Aceptado" y "Oportuno".

Las hojas de trabajo del presente informe, como las evidencias reposan en medio magnético y físico en la oficina de Control Interno, en Talento Humano, Planeación Operativa, Secretaria Administrativa de Gerencia, Área de Contabilidad, Subgerencia Técnico Científica y Subgerencia Administrativa y Financiera, las cuales pueden ser consultadas al momento de ser requerida.

Pitalito Huila. Diciembre 31 de 2019

**LUIS FRANCISCO ROJAS CSTILLO**  
Asesor Oficina de Control Interno