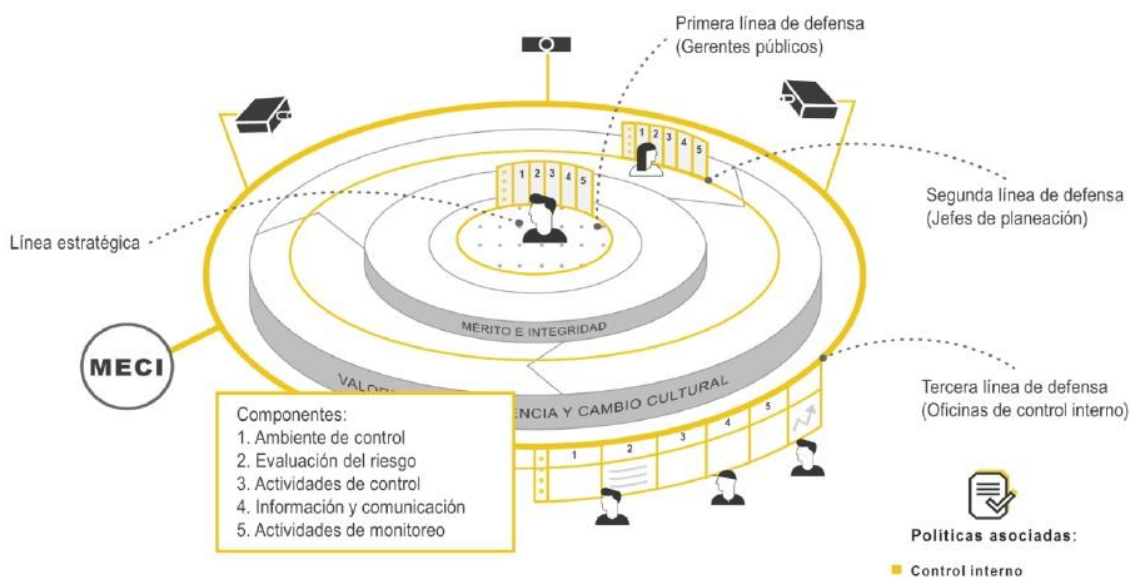


ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA		
INFORME PORMENPORIZADO SOBRE EL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	ELIZABETH MORENO LAGUNA	Período evaluado: Noviembre 2018 - Febrero del 2019

De conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 9º de la Ley 1474 de 2011, el profesional que apoya la oficina de Control Interno de la ESE Hospital San José de la Palma, presenta a continuación el informe sobre el estado del control interno en la Entidad, correspondiente a la vigencia Noviembre a 2018 Febrero del 2019

El presente informe es presentado bajo la estructura del MECI, enfocado en la séptima dimensión (CONTROL INTERNO), dentro del Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG, en línea con las buenas practicas que referencia el modelo COSO, y actualizado en un esquema de 5 componentes: (Ambiente de control, Evaluación del riesgo, Actividades de control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo.

Séptima Dimensión. Política de Control Interno



Implementación MIPG

Se creó la **Institucionalidad** del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de acuerdo a lo previsto en el decreto 1499 de 2017 el Hospital San José de La Palma actualizo sus actos administrativos, creando así bajo resolución, El Comité Institución de Gestión y Desempeño, Se desarrollaron las **Herramientas de Autodiagnóstico** del MIPG, teniendo como base estas, y la evaluación FURAG II que sirve para **Identificar la línea base de MIPG**, se elaboró las **Adecuaciones y ajustes para la completa y adecuada implementación de MIPG**.



El servicio público es de todos Función Pública

CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

La Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública, certifica que la institución EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE LA PALMA, a través del usuario furag3048JCIU, diligenció el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG, correspondiente a la vigencia 2018 durante el mes de febrero y marzo de 2019.

En constancia firma,

MARIA DEL PILAR GARCÍA GONZÁLEZ
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Carrera 6 No. 12-42, Bogotá, D.C., Colombia * Teléfono: 7396657 * Fax: 7396657
Línea gratuita: 018000817770
Código postal: 111711, www.funcionpublica.gov.co * email:funcionpublica.gov.co

Fuente de Información Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)

La ESE Hospital San José de La Palma en su esfuerzo y compromiso por el mejoramiento continuo y dar cumplimiento a los objetivos institucionales presenta la evaluación mediante el aplicativo Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG II), de esta forma tener en cuenta los resultados obtenidos que sirvan como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales.

Dimensión de Control Interno

Ambiente de Control

La ESE Hospital San José de la Palma cuenta con su propio Código de Ética y Buen Gobierno institucional elaborado participativamente con los funcionarios de la ESE, adoptado mediante resolución e incorporado en el manual de inducción y reinducción, constantemente se socializa por medio de folletos a todos los funcionarios, actualmente se tiene planeado integrar dos valores del código institucional al **Código de Integridad** y realizar actividades para la adecuada aceptación y conocimiento a los funcionarios, para acercarnos a cumplir con los estándares de conducta del servidor público

La ESE Hospital San José de La Palma, para la vigencia 2018 de acuerdo con lo estipulado en su decreto 612 del 4 de abril de 2018, elaboro e integro al plan de acción institucional, Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación, Plan de Incentivos Institucional, Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan Institucional de Archivo-PINAR, Plan Anual de Adquisiciones, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Plan Estratégico de Tecnología de la Información y las Comunicaciones – PETI, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, todos esto encaminado a orientar al direccionamiento estratégico y la planeación institucional.

- **PROGRAMA DE CAPACITACION FORMACION DE COMPETENCIAS:** Planear, Diseñar, Hacer, Auditar y Liderar el programa de capacitación formación de competencias de acuerdo con las necesidades identificadas en los funcionarios y en los procesos de la entidad, con el fin de mejorar el desarrollo de las actividades de los funcionarios para el beneficio de la gestión de la entidad.
- **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:** Fortalecer los mecanismos de atención al ciudadano tendientes a fortalecer la cultura de la denuncia de actos corruptos, gestionando la totalidad de las denuncias que se reciban en el hospital, realizando para ello un análisis jurídico de las denuncias relacionadas con corrupción administrativa utilizando los medios disponibles para aclarar y documentar los hechos de la denuncia. Establecer las estrategias de apoyo a la lucha contra la corrupción a desarrollar por el Hospital, permitiendo un escenario institucional adecuado para la adopción de actividades concretas en materia de lucha contra la corrupción que orienten la gestión hacia la eficiencia y la transparencia.

Definir la metodología a implementarla, de modo que permita Identificar los procesos o áreas más susceptibles o vulnerables frente a los riesgos de corrupción.

Definir los mecanismos de seguimiento y control a las estrategias, así como los estándares de medición, evaluación y rutas de reporte. Acompañar, capacitar e ilustrar a la ciudadanía para que ejerza en debida forma su derecho y deber social al control frente a la entidad.

Garantizar ejercicio del control social, generar condiciones de confianza y contribuir a las prácticas de participación ciudadana a través de los mecanismos de rendición social de cuentas de la gestión realizada.

- **Plan de Acción en Salud – PAS:** Documento que permite proyectar al interior de la **ESE Hospital San José de La Palma**, el accionar de la entidad orientado a la mejora en sus actividades misionales, plan que se desarrolla cada vigencia.
- **Plan Anual de Adquisiciones:** Documento que permite aumentar la probabilidad de lograr mejores condiciones de competencia a través de la participación de un mayor número de operadores económicos interesados en los procesos de selección que se adelantaran en la **ESE Hospital San José de La Palma** durante el año fiscal, y que la entidad cuente con información suficiente para realizar compras coordinadas.
- **Plan de Desarrollo Institucional:** Documento que describe el proceso mediante el cual la **ESE Hospital San José de La Palma**, obtiene, procesa y analiza información pertinente tanto de sus procesos, como de su entorno, con el fin de evaluar su situación actual y definir estrategias que le permitan direccionar sus acciones para anticiparse al futuro.
- **Plan General de Mantenimiento de Equipos Informáticos:** Documento que permite adelantar procesos y protocolos de prevención y corrección en la **ESE Hospital San José de La Palma** aplicados a los equipos informáticos, tendientes a fortalecer la gestión y administración de los sistemas de información aplicados al accionar en salud de la entidad.
- **Plan de Seguridad y Privacidad de la Información:** Documento que describe el proceso mediante el cual la **ESE Hospital San José de La Palma**, desarrolla acciones tendientes a fortalecer y mejorar los procesos referentes a la generación, administración, modificación y tenencia de la información manejada al interior y exterior, lo que le permite evaluar la situación actual y definir estrategias que le permitan direccionar acciones de mejora para mitigar los riesgos posibles.
- **Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y la Comunicación:** Documento que permite conocer los recursos TIC de la **ESE Hospital San**

José de La Palma y que permite proyectar el accionar orientado al avance en comunicaciones y recursos tecnológicos.

- **Plan De Tratamiento De Riesgos De Seguridad Y Privacidad De La Información:** Documento que describe el proceso mediante el cual la **ESE Hospital San José de La Palma**, desarrolla acciones tendientes a fortalecer y mejorar los procesos referentes a la generación, administración, modificación y tenencia de la información manejada al interior y exterior, lo que le permite evaluar la situación actual y definir estrategias que le permitan direccionar acciones de mejora para mitigar los riesgos posibles.
- **Plan Anual de Vacantes:** El Plan Anual de Vacantes, es una herramienta que tiene como propósito estructurar y actualizar la información de los cargos vacantes existentes ya sean temporales - licencias, encargos, comisiones, ascenso, entre otras - o definitivas - aquellas que no cuentan con un empleado titular de carrera administrativa o de libre nombramiento y remoción -, con el fin de programar la provisión de estas vacantes en la vigencia siguiente o inmediata, una vez se genere, para que no afecte el servicio, siempre y cuando se disponga de la respectiva disponibilidad presupuestal.
- **Plan Estratégico de Talento Humano:** El plan estratégico de Talento Humano busca determinar las acciones a seguir para el desarrollo de los planes, programas y proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los servidores públicos y sus familias, generando sentido de pertenencia y que dicha motivación sea reflejado en un talento humano idóneo, sensible y comprometido con una cultura de servicio humanizado. La gestión del talento se enfoca en fomentar las capacidades, conocimientos, actitudes y valores orientados al cumplimiento de los objetivos estratégicos del Hospital y estableciendo una cultura basada en el crecimiento, productividad y desempeño, la cual se desarrolla en procesos de Ingreso, desarrollo y retiro.
- **Plan de previsión de Talento Humano:** Determinar la disponibilidad de personal con el cual deba contar la E.S.E Hospital San José de la Palma en aras de cumplir a cabalidad con los objetivos estratégicos y fijar el horizonte de la entidad desde la planeación institucional.

Para la vigencia del 2018 se realizaron reuniones según su periodicidad de los diferentes comités institucionales y otras extraordinarias, que son gran ayuda para la alta dirección en proveer de información sobre el estado y funcionamiento de la ESE, otras herramienta utilizadas en la institución para informar a la alta dirección son evaluación y seguimiento del mapa de riesgos, auditorías externas por entes de control, la evaluación por medio del aplicativo FURAG II, informe de SIAU,

evaluación de desempeño, informes pormenorizados, informe de austeridad al gasto, gestión presupuestal, informe de control interno contable, seguimiento al plan de acción y a planes de mejoramiento internos y externos.

Ejecución Presupuestal

Programación y Ejecución de Ingresos

Concepto	total	% Part
Ingresos	8,909,273,296	100%
Ventas de servicios de salud	4,272,262,244	48%
Aportes	3,395,511,792	38%
recursos de capital	789,393,341	9%
disponibilidad inicial	452,105,919	5%

La ejecución de ingresos se proyectó en \$8.909 millones, con una participación de la venta de servicios de salud del 48% (\$4.272 millones) y de aportes del Gobierno con el 38% (\$3.395 millones), los recursos de capital con \$789 millones aportan el 9% del total del presupuesto de ingresos mientras que la disponibilidad inicial se ubicó en \$452 millones equivalente a un 5%.

ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA		
dic-18		
RECAUDOS		
Concepto	total	% Cum Sobre lo reconocido
Ingresos	8,679,448,830	97.42%
Ventas de servicios de	4,269,517,708	99.94%
Aportes	3,385,106,398	99.69%
recursos de capital	572,718,805	72.55%
disponibilidad inicial	452,105,919	100.00%

Los recaudos se muestran satisfactorios toda vez que su ejecución llego a un total de \$8.679 millones equivalente al 97.42% de lo presupuestado.

Programación y Ejecución de Gastos

ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA		
dic-18		
PARTICIPACION EN EL PRESUPUESTO DE GASTOS POR CONCEPTOS		
Concepto	total	% Part
Gastos	8,909,273,296	100.0%
Gastos de funcionamiento	7,353,376,582	82.5%
Gastos de Operación	413,022,333	4.6%
Gastos de Inversión	1,015,874,381	11.4%
Disponibilidad Final	127,000,000	1.4%

Los gastos que conservan el equilibrio presupuestal del Hospital San José de la Palma, se presupuestaron en \$8.909 millones, la mayor participación la lleva los gastos de funcionamiento con un 82.5% equivalente a \$7.353 millones.

ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA		
dic-18			dic-18		
COMPROMISOS			PAGOS		
Concepto	total	% comp	Concepto	total	% pagado de Comprometido
Gastos	7,911,955,848	88.8%	Gastos	7,911,314,909	100.0%
Gastos de funcionamiento	7,143,049,135	97.1%	Gastos de funcionamiento	7,142,482,196	100.0%
Gastos de Operación	410,953,568	99.5%	Gastos de Operación	410,879,568	100.0%
Gastos de Inversión	357,953,145	35.2%	Gastos de Inversión	357,953,145	100.0%
Disponibilidad Final	-		Disponibilidad Final		

Los compromisos presupuestales alcanzaron el 88%, el menor porcentaje de ejecución se debió a la baja ejecución en los gastos de inversión con un éxito del 32%, los pagos alcanzaron el 100% frente a los valores comprometidos.

Gestión de los riesgos institucionales

En cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. La ESE Hospital San José de La Palma ha realizado la implementación del Mapa de Riesgos Administrativo y creación del mapa de riesgos asistencial como mecanismo de fortalecimiento a la gestión y al sistema de Control Interno.

Este instrumento gerencial, relacionado con la Administración del Riesgo, se constituye en el componente que permite auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos.

La Gerencia como responsable del Control Interno, liderando este proceso con la participación activa del Apoyo del control interno, consolidó la información de las diferentes dependencias, para actualizar el Mapa de riesgos por procesos e institucional.

Para llevar a cabo esta actividad, se utilizó la metodología establecida en la guía Administración del Riesgo elaborado por el Departamento Administrativo de la Función Pública: Política del Riesgo, análisis del contexto interno y externo, identificación del riesgo, análisis del riesgo, gráfica y ubicación del riesgo, valoración de controles, valoración del riesgo, seguimiento del riesgo, mapa de riesgo.

Riesgos de la ESE Hospital San José de La Palma

PROCESO	No. DE RIESGOS	NIVEL DE RIESGO
ALIMENTOS	2	Moderado y Alto
ALMACEN	1	Alto
ASEO	1	Extremo
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	2	Alto y Bajo
FACTURACIÓN	3	Alto, Alto y Extremo
PORTERIA	2	Extremo y Alto
PRESUPUESTO	2	Alto y Moderado
CONSULTA EXTERNA	3	Alto, alto, alto
FISIOTERAPIA	1	Alto
LABORATORIO	2	Alto y Moderado
PRECONSULTA	2	Extremo y alto
RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	2	Bajo y alto

SIAU	2	Extremo y extremo
RGENCIAS	3	Alto, alto, alto
VACUNACIÓN	1	Alto
Total	30	

NIVEL DEL RIESGO	CANTIDAD
Bajo	2
Moderado	3
Alto	18
Extremo	6

Riesgos identificados 29

Riesgos materializados 1

De los 29 riesgos identificados en el proceso de administración del riesgo se ha evidenciado la materialización de uno de ellos, el cual ya se han tomado las medidas pertinentes y correspondientes para este riesgo materializado.

Actividades de Control

Planes de Acción Habilitación de la ESE Hospital San José de La Palma

Para la gestión del mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos de la ESE, se actualizo el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, se planteó y desarrollo un plan de acción acorde con el direccionamiento estratégico de la ESE Hospital San José de la Palma.

A continuación se presenta el Plan de Acción Habilitación de La ESE Hospital San José de La Palma y del Centro de Salud San Antonio de Yacopi.


Plan de Acción Habilitación ESE Hospital San José de La Palma

 ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA Y YACOPI	ANEXO PLAN DE ACCION HABILITACION ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA			CÓDIGO
	GESTION DEL MEJORAMIENTO			VERSION
				GM-A154
				VO1-2018
Oportunidad de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsables	Estándar o actividad planteada	ESTADO
documentación de los manuales de esterilización, referencia - contrareferencia y manual de limpieza - desinfección; protocolo de lavado de manos y protocolo de custodia de pertenencias	31-dic-18	Cada uno de los líderes de procesos	Procesos prioritarios	Cerrada
documentación de los programas de seguridad del paciente y atención de víctimas de violencia sexual; procedimientos de farmacia; procedimientos de guías de práctica clínica y sistema de información	31-dic-18	Líder Calidad	Procesos prioritarios	Cerrada
documentación de los procedimientos de consentimientos informados; consulta de historia clínica y contingencia manual de historias clínicas	31-ene-18	Líder Calidad - Líder Historias clínicas	Historia y registros clínicos	Cerrada
documentación, socialización, implementación y evaluación del plan de emergencias de hospital seguro	31-ene-18	Líder Plan emergencias	Infraestructura	Cerrada
documentación del programa de farmacovigilancia	31-ene-18	Referente farmacovigilancia	Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Cerrada
autoevaluación de la sostenibilidad de cumplimiento de condiciones de habilitación	1 noviembre-15 diciembre 2018; marzo 2019; julio 2019	Líder Calidad	Realizar autoevaluación del cumplimiento de condiciones de habilitación	Abierto
plan de acción del sistema único de habilitación	31-ene-19	Líder Calidad	Realizar plan de acción o contingencia de acuerdo a los resultados no conformes de cumplimiento de condiciones de habilitación	Cerrada
Actualización de la estructura del mapa de procesos del sistema de gestión de calidad, desdoblamiento de macroprocesos y procesos, asignación de líderes por proceso y dueños de macroprocesos	01-nov-18	Comité de Calidad	Diseñar y definir en comité de calidad la Estructura del mapa de procesos del sistema de gestión de calidad, desdoblamiento de macroprocesos y procesos, asignación de líderes por proceso y dueños de macroprocesos	Cerrada
estructura de la intranet y de la gestión documental por procesos del sistema de gestión de calidad	01-dic-18	Líder Calidad	se establece el procedimiento para la elaboración, aprobación, codificación y modificación de la jerarquía documental institucional y los formatos para la elaboración de documentos, seguidamente se estructura la intranet institucional como herramienta virtual que sirve como base para la gestión documental, facilitando la consulta y disponibilidad inmediata a toda institución de la última versión aprobada de cada uno de los documentos del sistema de gestión elaborados por los líderes de los procesos, asesorados por el equipo de calidad y revisados y aprobados por los directivos de la institución.	Cerrada
estructura de la caracterización del sistema de gestión de calidad del hospital	30-dic-18	Cada uno de los líderes de procesos	con base en el mapa de procesos del sistema de gestión de calidad institucional enmarcados en la plataforma estratégica se establece en conjunto con los líderes estratégicos de la institución, el dueño y líder responsable del resultado de cada procedimiento, el objetivo y alcance, así como el ciclo de calidad compuesto por las actividades necesarias para lograr el objetivo esperado dentro de la planeación, el hacer, el verificar y el actuar. igualmente se establecen las entradas, proveedores, salidas y clientes que afectan o interactúan dentro del proceso, se establecen los riesgos que pueden afectar directamente el logro del objetivo y el listado de indicadores que monitorean el resultado de la gestión de cada uno de los procedimientos priorizando los reportados como obligatorio cumplimiento.	Cerrada
definición de la metodología de la mejora continua de los procesos del sistema de gestión de calidad	15 febrero - 31 octubre 2019	Líder Calidad	se realiza capacitación al grupo de líderes de todos los procesos sobre la elaboración de las fichas técnicas de indicadores de gestión, identificación de las diversas fuentes de no conformidades al sistema de gestión de calidad, el análisis y documentación de no conformidades con base en las metodologías del porque-porque, causa efecto o espina de pescado y lluvia de ideas; el establecimiento de planes de mejora que evidencien su trazabilidad, cierre de brechas y finalmente su seguimiento al estado que demuestre el mejoramiento continuo de los procesos. Igualmente se asesora a la institución en la implementación y establecimiento del proceso de auditorías internas periódicas del sistema de gestión de calidad	Abierto
planteamiento de la definición del plan de trabajo para el cumplimiento de condiciones de habilitación	septiembre 18 - diciembre 18	Cada uno de los líderes de procesos	en conjunto con el grupo estratégico se establece el plan de trabajo para el cumplimiento de las condiciones de habilitación en el hospital y en los puestos de salud, con base en los procesos necesarios, las caracterizaciones definidas y las responsabilidades frente a la documentación.	Cerrada

asesoría en la implementación y evaluación de los documentos necesarios para la certificación en habilitación dentro del sistema de gestión de calidad	31-ene-19	Líder Calidad	Dar asesoría a todas las dudas que se generen durante la documentación, implementación, socialización y evaluación de los procesos de habilitación en todos sus estándares	Cerrada
		Líder Calidad	realizar seguimiento permanente al plan de trabajo para el cumplimiento de condiciones de habilitación	Cerrada
		Cada uno de los líderes de procesos	carque de documentos permanentemente a la intranet para disponibilidad de todo el hospital.	Cerrada
		Cada uno de los líderes de procesos	estructurar y cargar permanentemente el aula virtual como espacio para la capacitación y evaluación de los procedimientos exigidos por habilitación	Cerrada
		Cada uno de los líderes de procesos	asesorar y demostrar a través de videos - presentaciones protagonizados por los ejecutores de los procesos la implementación y adherencia a los procedimientos.	Cerrada
		Cada uno de los líderes de procesos	elaborar junto con los líderes de los procesos cursos o presentaciones que sirvan como base para que todos los funcionarios de la institución estudien virtualmente.	Cerrada
		Líder Calidad	aplicar y hacer seguimiento a la ejecución de los talleres virtuales que evidencien la evaluación en cada uno de los temas que exige la normatividad en habilitación	Cerrada
acompañamiento final antes de la solicitud de visita de vigilancia y control para la sede principal y centro de salud	31-ene-19	Líder Calidad	preparación del equipo de trabajo y líderes de los procesos que atenderán la visita de vigilancia y control.	Cerrada
Documentación, socialización, implementación y evaluación de las condiciones de recurso humano desde la formación requeridas en procesos prioritarios, guías de practicas clínicas y procesos transversales de otros servicios como PGIRH, Manual de bioseguridad, etc.	31-ene-19	Líder Talento Humano	Talento Humano	Cerrada
Documentación, socialización, implementación y evaluación del mantenimiento de las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas que cumplen con los requisitos de cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias; licencia de construcción aprobada para el uso de salud; permiso de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas; sistema de prevención y control de condiciones; planes de mantenimiento de la planta y de los equipos fijos; instalaciones eléctricas dentro del reglamento técnico de instalaciones eléctricas y las condiciones de accesibilidad todo esto dentro de la normatividad vigente	31-ene-19	Subgerencia administrativa	Infraestructura	Cerrada
Documentación, socialización, implementación y evaluación de las condiciones y mantenimiento de los equipos médicos cumpliendo con las recomendaciones de mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante identificando los posibles riesgos y el uso de las medidas de bioseguridad para todo el personal relacionado en el servicio. Asimismo, gestionar que se cuente con suficiente suficiencia de elementos o equipos como para el lavado de manos, carro de paro, entre otros.	31-ene-19		Dotación	Cerrada
Documentación, socialización, implementación y evaluación de los procesos para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución logrando para estos las adecuadas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final. Igualmente, contar con las condiciones de autorización vigente requeridas	31-ene-19	Líder Farmacia	Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Cerrada
Documentación, socialización, implementación y evaluación del cumplimiento de los principales procesos asistenciales cumpliendo con el estructuramiento de los procedimientos, guía clínica de atención, protocolo, y manuales establecidos en cada uno de los servicios de salud que condicionan directamente la prestación con calidad con el menor riesgo posible	31-ene-19	Cada uno de los líderes de procesos	Procesos prioritarios	Cerrada
Documentación, socialización, implementación y evaluación del cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica para que se relacionen directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.	31-ene-19	Líder gestión información - historias clínicas	Historia clínica y registros	Cerrada
fortalecimiento del proceso de desarrollo de formación de los funcionarios	31 diciembre 2018 - 31 octubre 2019	Líder Talento Humano	Realizar capacitaciones de diferentes temas sobre los estándares de habilitación	Cerrada
acciones inmediatas para la corrección de las no conformidades que se presente en el sistema único de habilitación	20 febrero - 31 octubre 2019	Cada uno de los líderes de procesos	Realizar los correctivos necesarios para la corrección de las fuentes de no conformidades que se presenten en el sistema único de habilitación	Abierto
Aplicar auditorías internas y listas de chequeo del sistema único de habilitación	21 febrero - 31 octubre 2019	Líder Calidad	Aplicar auditorías internas y listas de chequeo de los estándares del sistema único de habilitación	Abierto
TOTAL ACTIVIDADES				29
ACTIVIDADES CUMPLIDAS				25
INDICADOR CUMPLIMIENTO				86%
<i>Información Oficina de Calidad</i>				

De 29 oportunidades de mejora del plan de acción de la ESE La ESE Hospital San José de La Palma 25 se encuentran cerradas y 4 de ellas están en proceso, para un cumplimiento del 86%.

Plan de Acción Habilitación Centro de Salud San Antonio de Yacopi

 ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA Y YACOPI	ANEXO PLAN DE ACCION HABILITACION CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE YACOPI	CÓDIGO GM-A154
	GESTION DEL MEJORAMIENTO	VERSION V01-2018

Oportunidad de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsables	Estándar o actividad planteada	ESTADO
documentación de los manuales de esterilización, referencia - contrareferencia y manual de limpieza - desinfección; protocolo de lavado de manos y protocolo de custodia de pertenencias	31-dic-18	Cada uno de los líderes de procesos	Procesos prioritarios	Cerrada
documentación de los programas de seguridad del paciente y atención de víctimas de violencia sexual; procedimientos de farmacia; procedimientos de guías de práctica clínica y sistema de información	31-dic-18	Líder Calidad	Procesos prioritarios	Cerrada
documentación de los procedimientos de consentimientos informados; consulta de historia clínica y contingencia manual de historias clínicas	31-ene-18	Líder Calidad - Líder Historias clínicas	historia y registros clínicos	Cerrada
documentación, socialización, implementación y evaluación del plan de emergencias de hospital seguro	31-ene-18	Líder Plan emergencias	Infraestructura	Cerrada
documentación del programa de farmacovigilancia	31-ene-18	Referente farmacovigilancia	Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Cerrada
autoevaluación del cumplimiento de condiciones de habilitación	1 noviembre-15 diciembre 2018; marzo 2019; julio 2019	Líder Calidad	Realizar autoevaluación del cumplimiento de condiciones de habilitación	Abierto
plan de acción del sistema único de habilitación	31-ene-19	Líder Calidad	Realizar plan de acción o contingencia de acuerdo a los resultados no conformes del cumplimiento de condiciones de habilitación	Abierto
Actualización de la estructura del mapa de procesos del sistema de gestión de calidad, desdoblamiento de macroprocesos y procesos, asignación de líderes por proceso y dueños de macroprocesos	01-nov-18	Comité de Calidad	Diseñar y definir en comité de calidad la Estructura del mapa de procesos del sistema de gestión de calidad, desdoblamiento de macroprocesos y procesos, asignación de líderes por proceso y dueños de macroprocesos	Cerrada
estructura de la intranet y de la gestión documental por procesos del sistema de gestión de calidad	01-dic-18	Líder Calidad	se establece el procedimiento para la elaboración, aprobación, codificación y modificación de la jerarquía documental institucional y los formatos para la elaboración de documentos, seguidamente se estructura la intranet institucional como herramienta virtual que sirve como base para la gestión documental, facilitando la consulta y disponibilidad inmediata a toda la institución de la última versión aprobada de cada uno de los documentos del sistema de gestión elaborados por los líderes de los procesos, asesores por el equipo de calidad y revisados y aprobados por los directivos de la institución.	Cerrada
estructura de la caracterización del sistema de gestión de calidad del hospital	30-dic-18	Cada uno de los líderes de procesos	con base en el mapa de procesos del sistema de gestión de calidad institucional enmarcados en la plataforma estratégica se establece en conjunto con los líderes estratégicos de la institución, el dueño y líder responsable del resultado de cada procedimiento, el objetivo y alcance, así como el ciclo de calidad compuesto por las actividades necesarias para lograr el objetivo esperado dentro de la planeación, el hacer, el verificar y el actuar. igualmente se establecen las entradas, proveedores, salidas y clientes que afectan e interactúan dentro del proceso, se establecen los riesgos que pueden afectar directamente el logro del objetivo y el listado de indicadores que monitorean el resultado de la gestión de cada uno de los procedimientos priorizando los reportados como obligatorio cumplimiento.	Cerrada

definición de la metodología de la mejora continua de los procesos del sistema de gestión de calidad	15 febrero - 31 octubre 2019	Líder Calidad	se realiza capacitación al grupo de líderes de todos los procesos sobre la elaboración de las fichas técnicas de indicadores de gestión, identificación de las diversas fuentes de no conformidades al sistema de gestión de calidad, el análisis y documentación de no conformidades con base en las metodologías del porque-porque, causa efecto o espina de pescado y lluvia de ideas; el establecimiento de planes de mejora que evidencien su trazabilidad, cierre de brechas y finalmente su seguimiento al estado que demuestre el mejoramiento continuo de los procesos. Igualmente se asesora a la institución en la implementación y establecimiento del proceso de auditorías internas periódicas del sistema de gestión de calidad	Abierto
planteamiento de la definición del plan de trabajo para el cumplimiento de condiciones de habilitación	septiembre 18 - diciembre 18	Cada uno de los líderes de procesos	en conjunto con el grupo estratégico se establece el plan de trabajo para el cumplimiento de las condiciones de habilitación en el hospital y en los puestos de salud, con base en los procesos necesarios, las caracterizaciones definidas y las responsabilidades frente a la documentación.	Cerrada
asesoría en la implementación y evaluación de los documentos necesarios para la certificación en habilitación dentro del sistema de gestión de calidad	31-ene-19	Líder Calidad	Dar asesoría a todas las dudas que se generen durante la documentación, implementación, socialización y evaluación de los procesos de habilitación en todos sus estándares	Cerrada
		Líder Calidad	realizar seguimiento permanente al plan de trabajo para el cumplimiento de condiciones de habilitación	Cerrada
		Cada uno de los líderes de procesos	cargue de documentos permanentemente a la intranet para disponibilidad de todo el hospital.	Cerrada
		Cada uno de los líderes de procesos	estructurar y cargar permanentemente el aula virtual como espacio para la capacitación y evaluación de los procedimientos exigidos por habilitación	Cerrada
		Cada uno de los líderes de procesos	asesorar y demostrar a través de videos - presentaciones protagonizadas por los ejecutores de los procesos la implementación y adherencia a los procedimientos.	Cerrada
		Cada uno de los líderes de procesos	elaborar junto con los líderes de los procesos cursos o presentaciones que sirvan como base para que todos los funcionarios de la institución estudien virtualmente.	Cerrada
Líder Calidad	aplicar y hacer seguimiento a la ejecución de los talleres virtuales que evidencien la evaluación en cada uno de los temas que exige la normatividad en habilitación	Cerrada		
acompañamiento final antes de la solicitud de visita de vigilancia y control para la sede principal y centro de salud	30-sep-19	Líder Calidad	preparación del equipo de trabajo y líderes de los procesos que atenderán la visita de vigilancia y control.	Abierto
Documentación, socialización, implementación y evaluación de las condiciones de recurso humano desde la formación requeridas en procesos prioritarios, guías de prácticas clínicas y procesos transversales de otros servicios como PGRH, Manual de bioseguridad, etc.	31-dic-18	Líder Talento Humano	Talento Humano	Cerrada
Documentación, socialización, implementación y evaluación del gestiona miento de las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas que cumplan con los requisitos de cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias; licencia de construcción aprobada para el uso de salud; permiso de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas; sistema de prevención y control de condiciones; planes de mantenimiento de la planta y de los equipos fijos; instalaciones eléctricas dentro del reglamento técnico de instalaciones eléctricas y las condiciones de accesibilidad todo esto dentro de la normatividad vigente	30-sep-19	Subgerencia administrativa	Infraestructura	Abierto
Documentación, socialización, implementación y evaluación de las condiciones y mantenimiento de los equipos médicos cumpliendo con las recomendaciones de mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante identificando los posibles riesgos y el uso de las medidas de bioseguridad para todo el personal relacionado en el servicio. Asimismo, gestionar que se cuente con suficiente suficiencia de elementos o equipos como para el lavado de manos, carro de paro, entre otros.	30-sep-19		Dotación	Abierto
Documentación, socialización, implementación y evaluación de los procesos para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución logrando para estos las adecuadas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final. Igualmente, contar con las condiciones de autorización vigente requeridas	30-sep-19	Líder Farmacia	Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Abierto
Documentación, socialización, implementación y evaluación del gestiona miento el cumplimiento de los principales procesos asistenciales cumpliendo con el estructuramiento de los procedimientos, guía clínica de atención, protocolo, y manuales establecidos en cada uno de los servicios de salud que condicionan directamente la prestación con calidad con el menor riesgo posible	31-ene-19	Cada uno de los líderes de procesos	Procesos prioritarios	Cerrada
Documentación, socialización, implementación y evaluación del cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica para que se relacionen directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.	30-sep-19	Líder gestión información - historias clínicas	Historia clínica y registros	Abierto
fortalecimiento del proceso de desarrollo de formación de los funcionarios	31 diciembre 2018 - 31 octubre 2019	Líder Talento Humano	Realizar capacitaciones de diferentes temas sobre los estándares de habilitación	Cerrada
acciones inmediatas para la corrección de las no conformidades que se presente en el sistema único de habilitación	20 febrero - 31 octubre 2019	Cada uno de los líderes de procesos	Realizar los correctivos necesarios para la corrección de las fuentes de no conformidades que se presenten en el sistema único de habilitación	Abierto
Aplicar auditorías internas y listas de chequeo del sistema único de habilitación	21 febrero - 31 octubre 2019	Líder Calidad	Aplicar auditorías internas y listas de chequeo de los estándares del sistema único de habilitación	Abierto
TOTAL ACTIVIDADES				29
ACTIVIDADES CUMPLIDAS				19
INDICADOR CUMPLIMIENTO				66%

Información Oficina de Calidad

De las 29 oportunidades de mejoras del plan de acción del Centro de Salud San Antonio de Yacopi 19 se encuentran cerradas o cumplidas frente a 29 por completar o en desarrollo dando un margen de cumplimiento del 66%.

Desarrollo cumplimiento PAS 2018

PAS I Semestre

El planteamiento del PAS I semestre se aprueba con acuerdo no. 04 del 13 de febrero de 2018, con un total de 41 metas.

Mediante acuerdo 20 del 23 de agosto del 2019, se aprueba el seguimiento efectuado para el cumplimiento de las Metas Producto, con un cumplimiento en la ejecución del Primer semestre 2018 del 91,89%, de acuerdo a la siguiente ejecución:

METAS DE PRODUCTO	PROGRAMADAS	CUMPLIDAS	%
	37	34	91,89%

- Metas programadas:	41
- Metas que no aplican al periodo	4
- Metas a evaluar	37
- Metas no cumplidas	3
- Total metas cumplidas	34

INFORMACION OFICINA PLANEACIÓN

Plan de Acción Integrado II semestre

El planteamiento del Plan de Acción Integrado II semestre de 2018 del Hospital San José de La Palma, fue aprobado mediante acuerdo no. 16 del 31 de julio de 2018, con un total de 60 metas de producto de las cuales 48 eran del PAS y 12 del Decreto 612.

Mediante acuerdo 01 del 05 de febrero del 2019 se aprueba el seguimiento al Plan de Acción Integrado II Semestre del 2018 de la Empresa Social del estado Hospital San José de la Palma, con un cumplimiento final del 96,26%

PLAN DE ACCIÓN INTEGRADO	PROGRAMADAS	CUMPLIDAS	%
Plan de Acción en Salud (PAS)	49	47	84,26%
Plan de Acción (Decreto 612 de 2018)	12	12	12%
Total	59	57	96,26%

- Metas programadas:	60
- Metas que no aplican	1
- Metas a evaluar	59 (47 PAS y 12 metas del Decreto 612)
- Metas de producto no cumplidas:	2
- Total, metas cumplidas	57
- Porcentaje cumplimiento:	96.26%

INFORMACION OFICINA PLANEACIÓN

Encuestas de satisfacción del usuario.

SEDE	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
La Palma	92	65	137	82	118	90	584
Yacopí	76	48	101	78	72	81	456
							1.040

INFORMACION OFICINA SIAU

Para el segundo semestre se realizaron 1.040 encuestas de satisfacción al usuario de las cuales 584 se desarrollaron en el Hospital San José de La Palma, y 456 en el Centro de Salud San Antonio de Yacopí.

Resultados encuestas de satisfacción del usuario.

Mes	Encuestas Realizadas	Usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS	Porcentaje de Satisfacción
Enero	56	52	94.6%
Febrero	74	69	93.24%
Marzo	79	75	94.93%
Abril	86	83	96.5%
Mayo	109	104	95.4%
Junio	122	116	95.8 5
TOTAL	526	499	94.8%

II SEMESTRE

Mes	Encuestas Realizadas	Usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS	Porcentaje de Satisfacción
Julio	168	162	96.4%
Agosto	113	107	94.6%
Septiembre	238	234	98.8%
Octubre	160	157	96.8%
Noviembre	190	187	96.3%
Diciembre	171	168	98.2%
TOTAL	1040	1015	97.6%

INFORMACION OFICINA SIAU

PQRS:

Las PQRS que son radicadas en la E.S.E. ya sea en la oficina SIAU, por buzón de sugerencias o página web de la institución, se les realiza un seguimiento completo, desde su traslado al funcionario o área a la cual viene dirigida, hasta su respuesta que se le hace llegar al usuario por el medio que más se le facilite. Desde el mes de enero hasta el mes de diciembre se decepcionó 91 PQRSF clasificadas y relacionadas a continuación.

CONSOLIDADO PQRS			
MESES	PQRSF		TOTAL PQRSF
	LA PALMA	YACOPI	
ENERO	8	0	8
FEBRERO	5	0	5
MARZO	8	0	8
ABRIL	10	0	10
MAYO	10	3	13
JUNIO	6	0	6
JULIO	8	0	8
AGOSTO	6	0	6
SEPTIEMBRE	9	1	10
OCTUBRE	4	1	5
NOVIEMBRE	5	2	7
DICIEMBRE	5	0	5
TOTAL	84	7	91

INFORMACION OFICINA SIAU

Clasificación PQRS:

CLASIFICACIÓN DE LAS PQRS													
MESES	PETICIONES		QUEJAS		RECLAMOS		SUGERENCIAS		DERECHOS DE PETICIÓN		FELICITACIONES		TOTAL PQRSF
	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	
ENERO	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	8
FEBRERO	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
MARZO	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	3	0	8
ABRIL	0	0	5	0	1	0	1	0	0	0	3	0	10
MAYO	0	0	7	2	0	0	0	0	0	0	3	1	13
JUNIO	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6
JULIO	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	3	0	8
AGOSTO	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	6
SEPTIEMBRE	1	0	2	1	3	0	0	0	0	0	3	0	10
OCTUBRE	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5
NOVIEMBRE	0	0	2	2	0	0	1	0	0	0	2	0	7
DICIEMBRE	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	5
Sub total	7	0	39	6	10	0	3	0	0	0	25	1	
TOTAL	7	0	45	6	10	0	3	0	0	0	26	1	91

INFORMACION OFICINA SIAU

Peticiones: 7

Quejas: 45

Reclamos: 10
Sugerencias: 3
Derechos de petición: 0
Felicitaciones: 26

CLASIFICACIÓN POR CRITERIOS DE LAS PQRS															
MESES	Continuidad		Oportunidad		Pertinencia		Accesibilidad		Seguridad		Humanización		FELICITACIONES		TOTAL
	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	LA PALMA	YACOPI	
ENERO	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0	2	0	8
FEBRERO	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	5
MARZO	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	8
ABRIL	0	0	4	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0	10
MAYO	0	0	5	1	0	0	2	1	0	0	0	0	3	1	13
JUNIO	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6
JULIO	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0	8
AGOSTO	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	6
SEPTIEMBRE	0	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	10
OCTUBRE	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	5
NOVIEMBRE	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	0	7
DICIEMBRE	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	5
Sub total	0	0	33	1	0	0	19	1	0	0	6	4	26	1	
TOTAL	0		34		0		20		0		10		27		91

INFORMACION OFICINA SIAU

Continuidad: 0
Oportunidad: 34
Pertinencia: 0
Accesibilidad: 20
Seguridad: 0
Humanización: 10
Felicitaciones: 27

De acuerdo al análisis, seguimiento de las encuestas de satisfacción, PQRS y visitas de la Secretaria de Salud del Departamento, se realizaron los planes de mejoramiento correspondiente, las actividades que integran el plan de mejoramiento de la Gestión SIAU fueron realizadas en un 100% para la vigencia 2018.

INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Dentro de la planeación institucional, teniendo en cuenta la razón de la institución, sus objetivos estratégicos y dando cumplimiento con lo dictado den el decreto 612 del 4 de abril de 2018, La ESE Hospital San José de La Palma ha elaborado:

Plan Estratégico de Tecnología de la Información y las Comunicaciones – PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Riesgo de Seguridad y Privacidad de la Información, los planes anteriormente nombrados se encuentran aprobados, socializados y publicados en la página web de la institución los cuales se vienen desarrollando según su contenido.

Se cuenta con un proceso de comunicación interna y externa de fácil acceso, oportuna y clara para todos los grupos de valor.

Comunicación Interna

PAYARTE: (Un espacio en la web para:

- Documentación Institucional
- FORMATE: Un espacio para capacitaciones a los funcionarios
- Un espacio para votar y escoger a funcionarios que se destacan en sus funciones con relación a los principios y valores de la institución.
- Un espacio para realizar encuestas.

Carteleras

Comités Institucionales

Encuestas de Satisfacción

PQRS

Se desarrolla socialización de los principios y valores a los funcionarios de la ESE Hospital San José de La Palma, esta actividad se desarrollando permanentemente por medio de entrega de folletos y en los computadores se tiene como papel tapiz.

Comunicación Externa

Carteleras

Página WEB

FACEBOOK

Twitter

Proceso de Audiencia Pública de Rendición de cuentas

Campañas de socialización

Se cuenta con oficina de atención al usuario con un funcionarios exclusivamente para atender a los usuario en el Hospital San José de La Palma y en el Centro de Salud San Antonio de Yacopi, cuenta con una línea de celular directa, cuenta con

buzones de PQRS, que son abiertos semanalmente, cuenta con un proceso para realizar encuestas de satisfacción al usuario, cuenta con un espacio dentro de la página web para dejar las PQRS.

Monitoreo o supervisión continua

A continuación se relacionan las autoevaluaciones continuas, evaluaciones independientes que nos permiten determinar el avance en el logro de las metas institucionales.

Autoevaluaciones

- Se evaluaron y se realizó seguimiento a las actividades contempladas en el Plan de Acción de Salud PAS, para verificar el avance obtenido en cada periodo.
- Se realizó comité institucional de control interno donde se evaluó el avance y planteo la estrategia para seguir con la implementación del Modelo Integral de Gestión y Desempeño.
- Periódicamente se realiza reuniones de los comités institucionales donde se realiza seguimiento a temas estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación y seguimiento.
- Periódicamente se realiza seguimiento a los riesgos y controles establecidos por parte de los líderes de procesos.

Evaluaciones Independientes

- Para el 2018 se recibió la visita de la Contraloría Departamental donde realizo auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial vigencia 2018, el cual genero su respectivo plan de mejoramiento.
- Desarrollo del Plan Anual de Auditoria Institucional
- Informe Pormenorizados de Control Interno
- Informe Austeridad en el Gasto

- Seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría
- Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
- Seguimiento Mapa de Riesgos
- Seguimiento Plan de mejoramiento Secretaria de Salud Departamental
- Informe sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos.
- Informe Control Interno Contable.
- Informe Derechos de Autor Software

Conclusiones y Recomendaciones

Es de resaltar el esfuerzo por parte de la alta gerencia por dar cumplimiento a la implementación del Modelo Integral de Gestión y Desempeño.

Se destaca la labor realizada por los funcionarios de la ESE acompañados de la oficina de Planeación para dar cumplimiento con lo dictado en el decreto 612 de 2018.

Es de destacar el cumplimiento con lo plantado el plan de acción de habilitación, el desarrollo de los productos o actividades por parte de los funcionarios, el compromiso por la alta gerencia en busca del mejoramiento continuo y el seguimiento realizado.

Se recomienda dar cumplimiento con planteado en el Plan Anual de Auditorías Internas.

Es recomendable empezar con el desarrollo y actualización del Mapa de Riesgos, según la **Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas** 2018 desarrollada por el Departamento Administrativo de la Pública (DAFP).

OSCAR ALBERTO SANCHEZ MUÑOZ
Gerente

Proyecto: Elizabeth Moreno Laguna – Profesional Especializado
Apoyo Control Interno