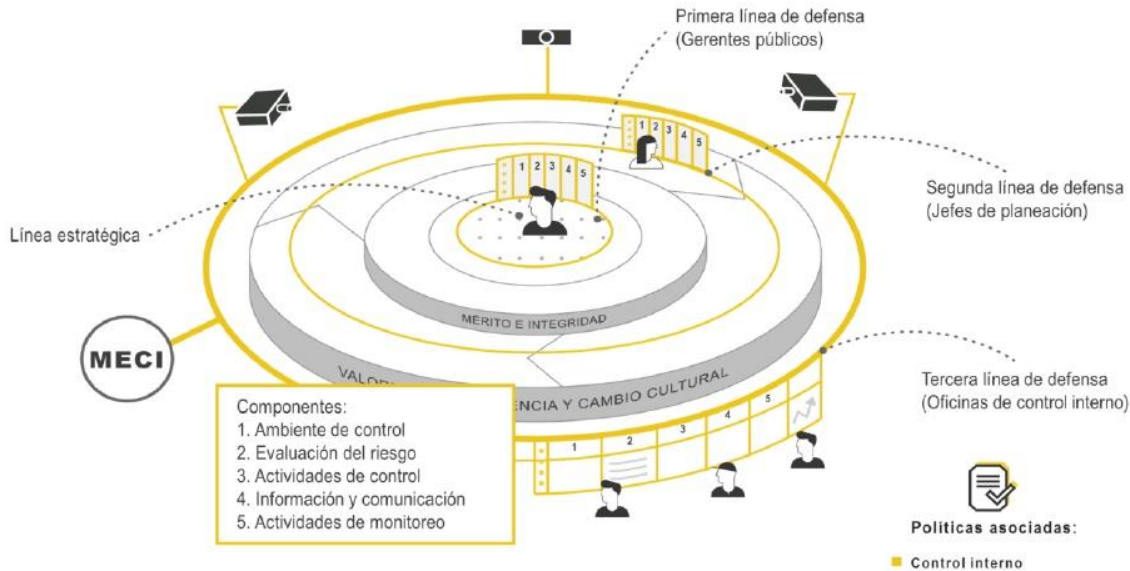


ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA		
INFORME PORMENPORIZADO SOBRE EL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO		
Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	ELIZABETH MORENO LAGUNA	Período evaluado: Julio 2019 – Octubre del 2019

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.

Séptima Dimensión



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.

Implementación MIPG

Se creó la **Institucionalidad** del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de acuerdo a lo previsto en el decreto 1499 de 2018 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**.



CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE LA 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 MIPG3048JP, diligenció el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG, correspondiente a la vigencia 2019 referente a las preguntas aplicadas en noviembre - diciembre de dicho año.

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 íntegro 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.

Para la vigencia del 2019 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.

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 actualizó 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
		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 - contrarreferencia 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 del 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 la 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	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 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 prácticas clínicas y procesos transversales de otros servicios como PGRH, 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 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	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%

Información Líder de Calidad

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

Oportunidad de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsables	Estándar o actividad planteada	ESTADO
documentación de los manuales de esterilización, referencia - contrarreferencia 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, 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	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 practicas 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 garantizan 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	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 Líder 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%.

Encuestas de satisfacción del usuario.

SEDE	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Total
La Palma	56	74	79	86	71	77	443
Yacopí	N/A	N/A	N/A	N/A	38	45	83
							526

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 LIDER SIAU

En el primer semestre se realizaron 526 encuestas de satisfacción al usuario de estas, 443 fueron desarrolladas en el Hospital San José de La Palma y 83 en el Centro de Salud San Antonio de Yacopi; 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 Yacopi.

Resultados encuestas de satisfacción del susuario.

I 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
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 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 LIDER 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 recibieron 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

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		45		10		3		0		26		91

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

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 2019.

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 2019, 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

Comunicación Externa

Página WEB

FACEBOOK

Twitter

Proceso de Audiencia Pública de Rendición de cuentas

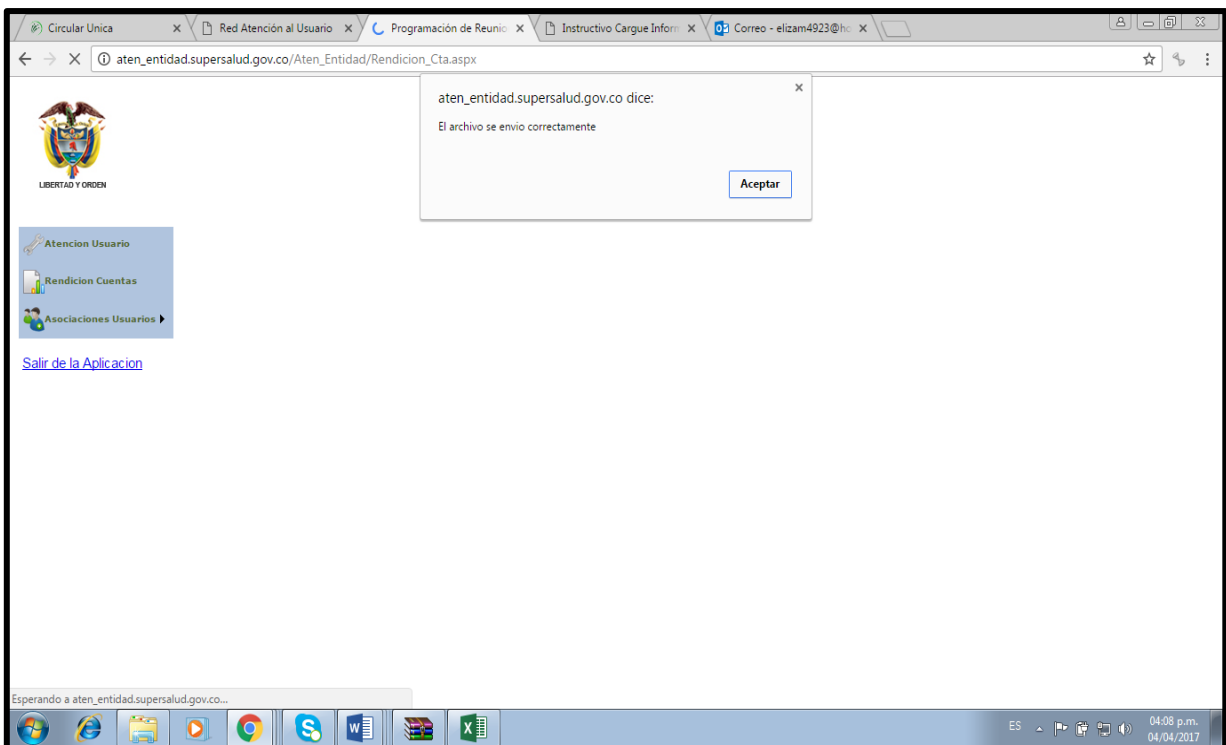
Campañas de socialización

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.

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.

Se desarrolló el proceso de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas (Rdc), el cual se cumplió en un 100% según lo planteado en la estrategia de rendición de cuentas dentro del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Soporte cargue de información proceso de Rdc, Superintendencia Nacional de Salud.



Resultado proceso de Rdc

Durante el desarrollo Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se generaron 14 preguntas por parte de los asistentes.

Los cuales están clasificados de la siguiente forma.

PREGUNTAS RdC 2018		
MOTIVO	No de Preguntas	No de Respuestas
<i>Oportunidad de servicio, Calidad, Oferta.</i>	8	8
<i>Jurídico y Financieros</i>	3	3
<i>Servicios</i>	1	1
<i>Junta Directiva</i>	1	1
<i>Otros</i>	1	1

8 De ellas están relacionadas con la Oportunidad de atención, calidad y oferta de médicos, 3 Están relacionado con procesos jurídicos y aspectos financieros,1 está relacionado con el número de partos en la ESE, 1 Está relacionado con el grupo de personas quienes conforman la Junta Directiva y 1 está dirigida a la pérdida de un equipo biomédico, dando respuesta del 100% de las preguntas satisfactoriamente para los asistentes.

Dejando como compromiso lo siguiente:

COMPROMISO	ESTADO
Implementación del SIAU en el Centro de Salud San Antonio de Yacopí, (Adecuación de la oficina SIAU, personal quien lo desarrolle, línea telefónica):	Cumplido
Estudiar la oferta de médicos para consulta externa	Cumplido

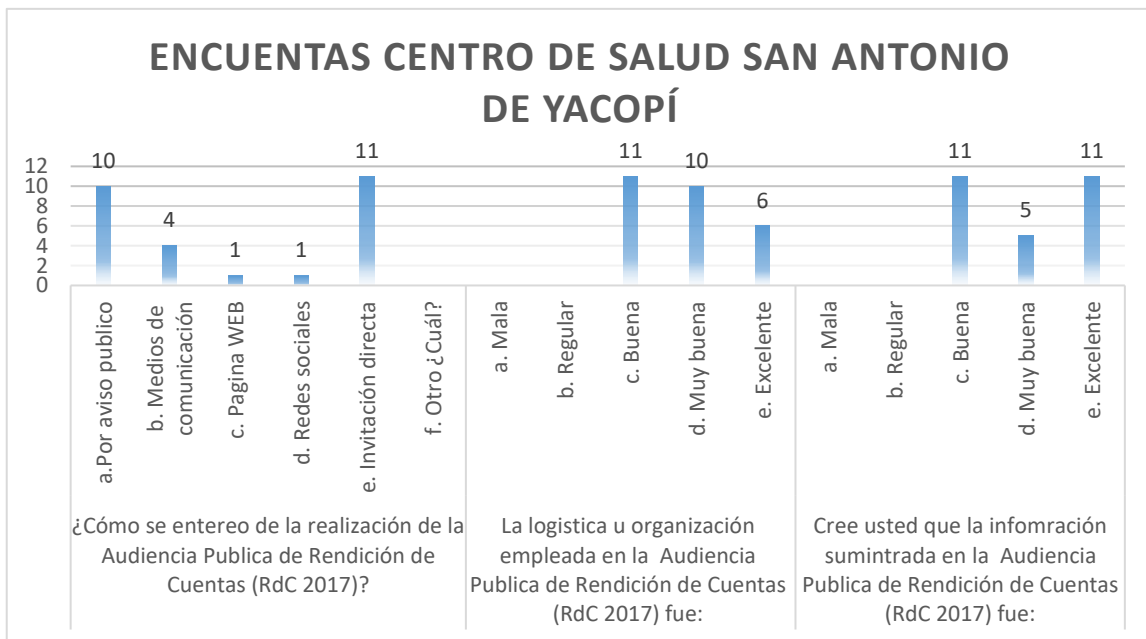
Encuestas de Satisfacción al proceso de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.

Para la ESE HOPSITAL DE LA PALMA es muy importante saber de primera mano la perspectiva que tiene los usuarios sobre la institución, por este motivo y para que sirva de insumo para el mejoramiento del proceso de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se presenta el resultado obtenido de las encuestas realizadas en el proceso de RdC.

Preguntas Centro de Salud San Antonio de Yacopí

Totales

<i>¿Cómo se enteró de la realización de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas (RdC 2018)?</i>	a. Por aviso publico	10
	b. Medios de comunicación	4
	c. Página WEB	1
	d. Redes sociales	1
	e. Invitación directa	11
	f. Otro ¿Cuál?	
<i>La logística u organización empleada en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas (RdC 2018) fue:</i>	a. Mala	
	b. Regular	
	c. Buena	11
	d. Muy buena	10
	e. Excelente	6
<i>Cree usted que la información suministrada en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas (RdC 2018) fue:</i>	a. Mala	
	b. Regular	
	c. Buena	11
	d. Muy buena	5
	e. Excelente	11

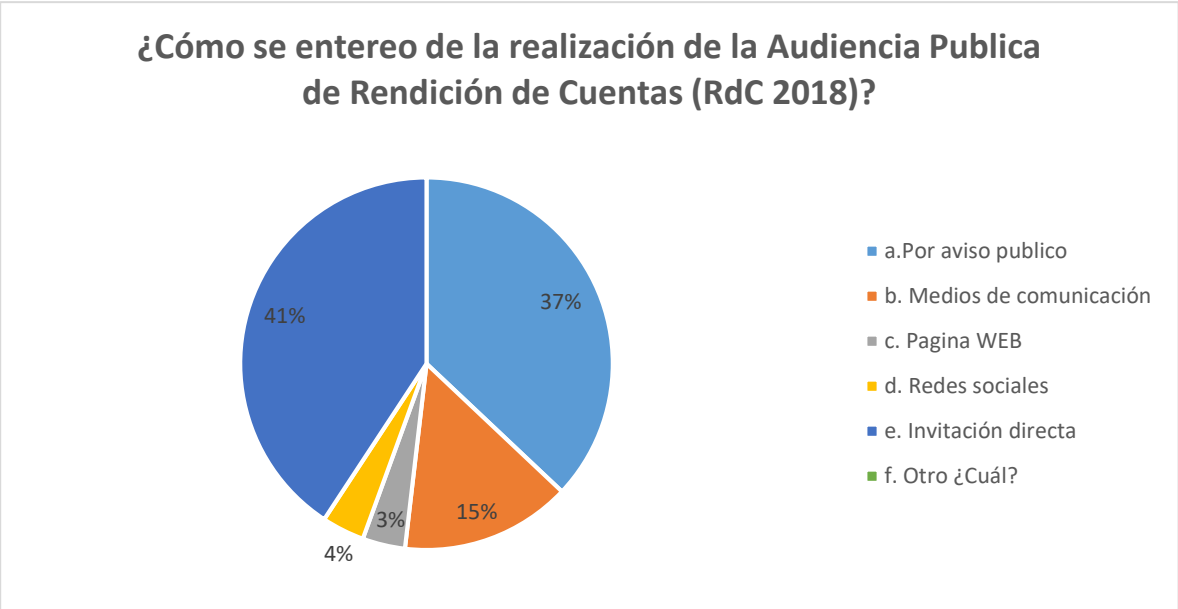


Cree usted que la infomración suministrada en la Audiencia Publica de Rendición de Cuentas (RdC 2018) fue:

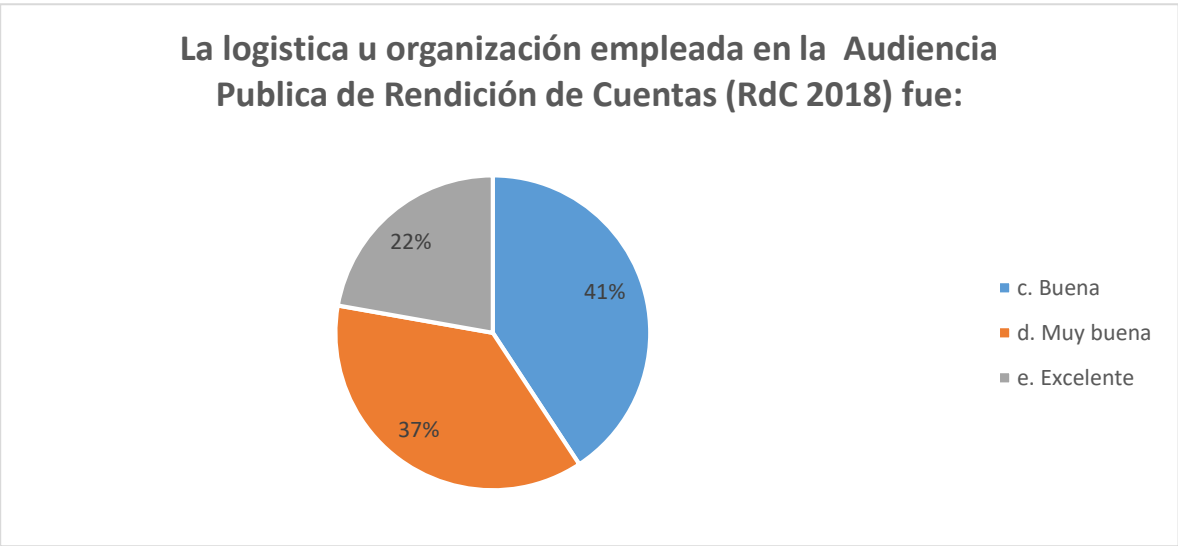


De las 35 personal que asistieron a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2018 (Rdc 2018), 27 personas realizaron la encuesta de satisfacción del procesos de RdC.

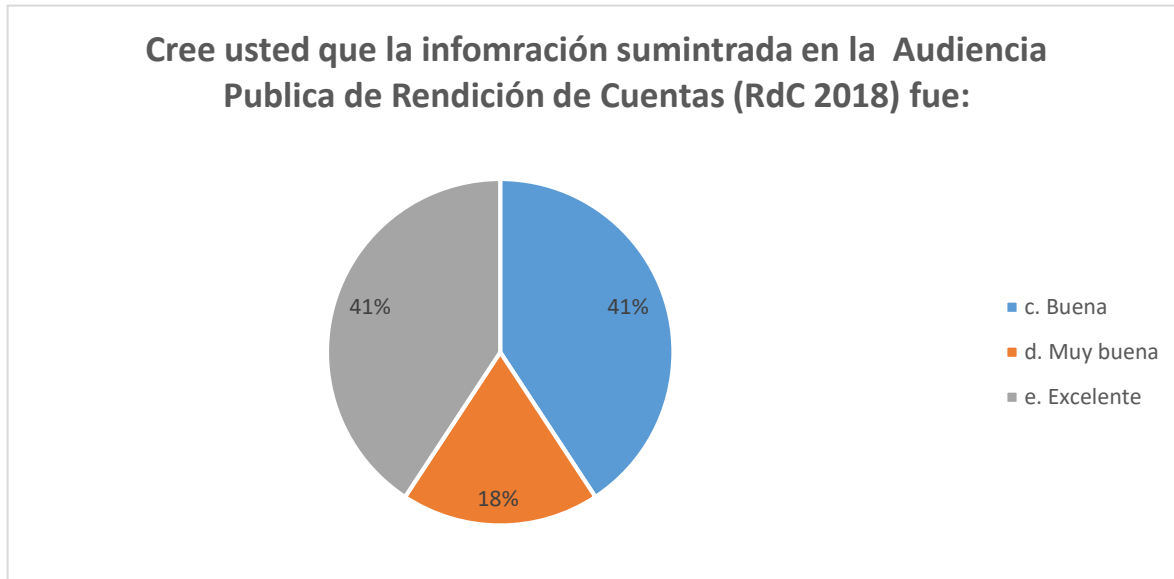
Porcentaje por preguntas



En la primera pregunta de la encuesta podemos evidenciar el mayor porcentaje corresponde a invitación directa con un 41% y el menor porcentaje con un 3%, corresponde a página web.



De la segunda pregunta se evidencia con un 41% buena, 37% muy buena y un 22% excelente.

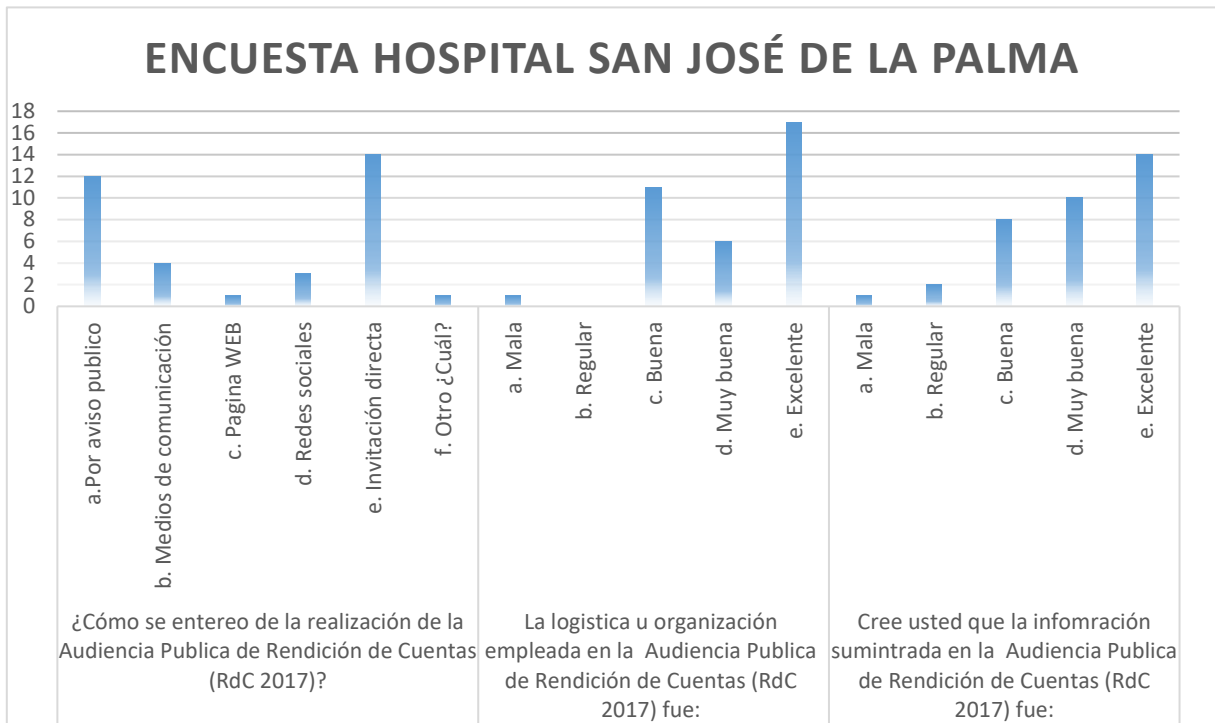


En la tercera y última pregunta de la encuesta evidenciamos que el 41% corresponde a excelente, el otro 41% buena y el 18% Muy buena.

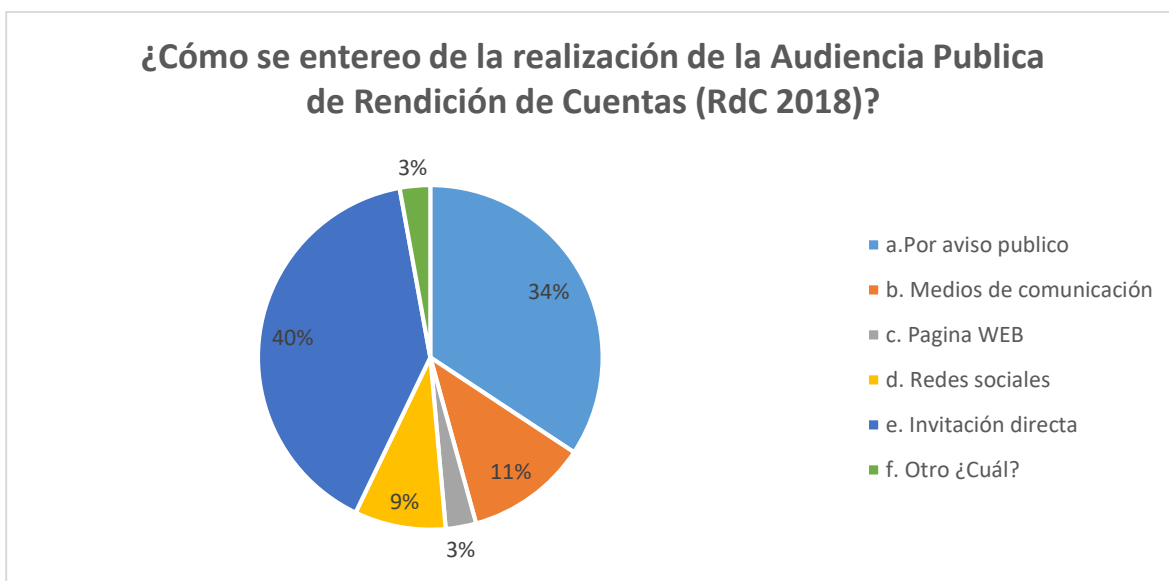
Preguntas Hospital San José de La Palma

Totales

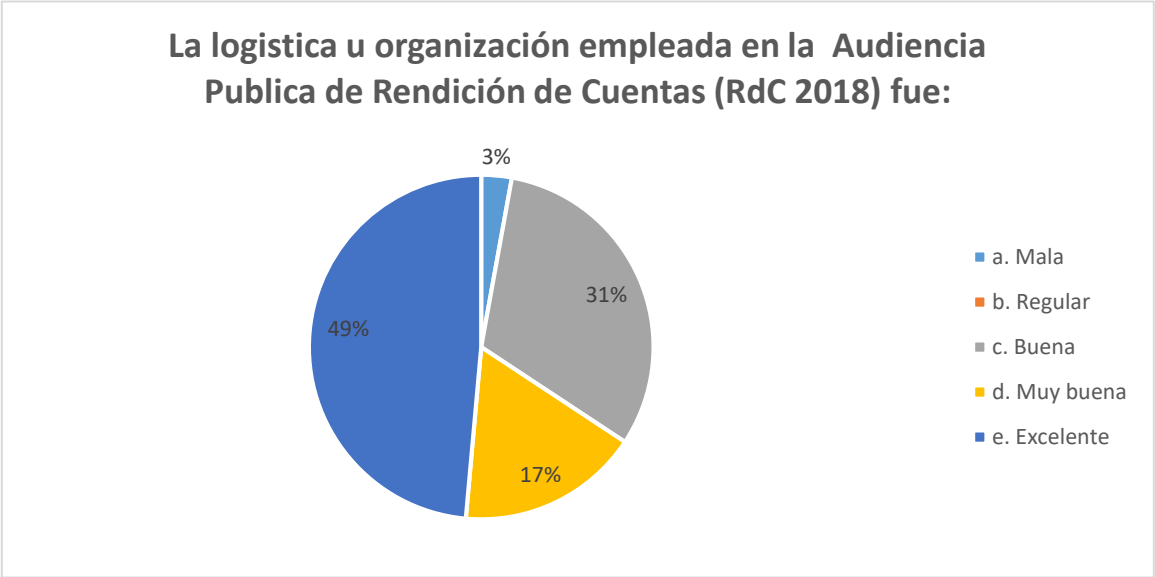
<i>¿Cómo se enteró de la realización de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas (RdC 2018)?</i>	a. Por aviso publico	12
	b. Medios de comunicación	4
	c. Página WEB	1
	d. Redes sociales	3
	e. Invitación directa	14
	f. Otro ¿Cuál?	1
<i>La logística u organización empleada en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas (RdC 2018) fue:</i>	a. Mala	1
	b. Regular	
	c. Buena	11
	d. Muy buena	6
	e. Excelente	17
<i>Cree usted que la información suministrada en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas (RdC 2018) fue:</i>	a. Mala	1
	b. Regular	2
	c. Buena	8
	d. Muy buena	10
	e. Excelente	14



En el Hospital San José de la Palma asistió 40 personas a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2018 (Rdc 2018), de las cuales 35 realizaron la encuesta de satisfacción del procesos de RdC. Evidenciando un porcentaje claro de satisfacción de los asistentes en el proceso.



Para la primera pregunta evidenciamos que el mayor porcentaje correspondiente invitación directa con un 40%, seguido de por aviso público con un 34% y por ultimo con 3% página web y otros.



En la segunda pregunta el mayor porcentaje corresponde a excelente con un 49% seguido descendientemente con el 17% correspondiente a muy buena, 31% corresponde a buena y con un 3% solo una persona corresponde a mala.



En la tercera pregunta con un 40% siendo este el mayor porcentaje corresponde a excelente, seguido con un 28% corresponde a muy bueno, con un 23% se encuentra buena y en con los porcentajes más bajos se encuentra regular y malo con un porcentaje de 6% y 3% correspondientemente.