

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE ESE -POPAYAN-
OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION**



FORMATO EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS

PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL

FECHA EMISIÓN	10/02/2021
Página	1 de 1
Versión	1.0

PERÍODO DE VIGENCIA

DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO
1	2	2020		31	1	2021

1. PROCESOS EVALUADOS: EVALUACION Y CONTROL -ESTRATEGICOS -MISIONALES Y DE APOYO-

2. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON CADA UNO DE LOS PROCESOS:

metas, acciones y proyectos determinados en el Plan de Desarrollo 2017-2020. - Cumplir con las
- Cumplir con la Mision determinada como es la de ofrecer servicios de Salud de Alta Complejidad seguros y humanizados, apoyados en procesos de dependencia e investigacion, con estabilidad financiera y responsabilidad social.
- Cumplir con la vision de ser una institucion acreditada en salud, lider de la red publica del Departamento del Cauca en la prestacion de servicios complementarios, con enfoque en la atencion segura y humanizada al usuario y su familia. - Aplicar los valores
determinados en elCodigo de Integridad, adoptado con Resolucion 386 1 de Dic de 2020, donde se tuvo en cuenta los valores minimos de integridad para todos los servidores publicos del pais, determinados por el DAFP, - Cumplir con las actividades determinadas
ajustados al MIPG, como son: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia.
en los planes de accion y todos los planes que conducen a cumplir con el plan de desarrollado aprobado.
- Cumplir con las actividades determinadas en los planes del sistema unico de habilitacion, programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, Acreditacion y los sistemas de informacion del Hospital Universitario San Jose ESE. - Fortalecimiento del
sistema de control interno, a traves de la implementacion del nuevo modelo integrado de planeacion y gestion -MIPG-, donde se incluye el Modelo Estandar de Control Interno -MECI-

3. INDICADORES EVALUADOS CON CADA UNO DE LOS PROCESOS:

Universitario San Jose ESE, tiene un modelo de operacion enfocado en procesos, entendidos estos como un conjunto de actividades logicamente relacionadas y que generan un resultado orientado al cumplimiento de la mision y la proyeccion institucional, en busca de un usuario satisfecho con la prestacion del servicio, por lo tanto la oficina asesora de Control Interno, realizo la evaluacion de Gestion por Dependencias de la vigencia del 2020, con base en el informe de avance del Plan de Accionn de cada uno de los procesos y subprocesos, en cumplimiento del Art 39 de la Ley 909 2004, donde se establece que "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligacion de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.", y el acuerdo 176 de 2018 de la CNSC. La Oficina de Control Interno, tomo como base los informes de seguimiento emitidos por las oficinas de Planeacion y de Calidad, los cuales fueron verificados por la oficina de control interno para la evaluacion de desempeño como son: Cumplimiento de los Planes de Accion, Mapa de Riesgos incluidos los de corrupcion, cumplimiento de las dimensiones del MIPG, plan anticorrupcion y atencion al ciudadano, planes de mejoramiento ya sean los suscritos con la Coordinacion de Calidad, con entes de control internos y externos, y el cumplimiento de los planes de mejoramiento de las PQRSF. No se tomo en cuenta el informe de los indicadores ya que solo hasta la 2da semana de febrero de 2021, se entregaron por parte de la Coordinacion de Calidad de los 3er trimestres del 2020, donde solo presentaron los indicadores 27 de los 56 procesos y 29 procesos en su mayoría administrativos no presentaron los indicadores, esto se debe a que desde el 2018 la oficina de control interno recomendo que los indicadores asistenciales y administrativos son de manejo de la oficina de Planeacion con el apoyo de las Sub gerencias cientifica y administrativa. Para el 2021 segun informacion de planeacion se ajustaran los indicadores - Dada la tomando como referencia una institucion acreditada.
situacion de pandemia en el 2020, los planes de accion por procesos solo se suscribieron con los coordinadores entre los meses de junio a agosto con los asistenciales y de abril a mayo con los administrativos. El 10 de febrero de 2021 la oficina de Planeacion entrega el informe del PAP de la vigencia 2020.

4. Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACIÓN DEL ÁREA O DEPENDENCIA	OBSERVACIONES
----	---------------------	-------------------------------------	---------------

1	CONTROL INTERNO DE GESTION	CUMP P.A. X PROCESO:	100%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	70%	Se toma como base el informe del 1er semestre de 2020, que se realizo con el informe del FURAG del 2019 en comparacion con el del 2018, donde se puede determinar que cada una de las 7 dimensiones realizaron acciones de mejoramiento que incrementaron el porcentaje de cumplimiento de cada una de los procesos responsables de la impementacion del MIPG.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	100%	De las acciones correctivas a cargo de este proceso se cumplieron con cada una de las acciones suscritas con la contraloria municipal,
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	95%	
2	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	CUMP P.A. X PROCESO:	100%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	No tiene actividades puntuales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	90%	De las acciones correctivas a cargo de este proceso se tiene pendiente una accion suscrita co la contraloria municipal,
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	98%	
3	PLANEACION	CUMP P.A. X PROCESO:	87%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	95%	La oficina de planeacion es la encargada de la aplicabilidad del nuevo modelo integrado de planeacion y gestion y de su evaluacion con el diligenciamiento de la encuesta del FURAG lo cual lo han realizado de manera satisfactoria, quedando pendiente lo del SUIE, que a partir del mes de septiembre es responsabilidad de la sub gerencia administrativa.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	90%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	81,3%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	92%	

4	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	CUMP P.A. X PROCESO:	71%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	68%	Según los resultados del MIPG, de las dimensiones a cargo de la Coordinación de Calidad como son Direccionamiento y Planeación y seguimiento y evaluación del desempeño Institucional, y por los resultados de la auditoría externa contratada en el 2019, cuyo donde se identificaron 102 oportunidades de mejoras relacionadas con los grupos y subgrupos de estándares de acreditación con una nota final estimada para el desarrollo de la calidad esta en 210 y un mínimo razonable para presentarse a evaluación con el evaluador debería ser de 320, que corresponde a un 67,7%, motivo por el cual en los 4 años (2017-2020) no se logro la acreditación del HUSJ. El avance del MIPG es mínimo, comparado entre las vigencias 2018 y 2019.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	100%	De las acciones correctivas a cargo de este proceso se cumplieron de manera satisfactoria con la contraloria municipal.
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	90%	
5	SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL CIUDADANO -SIAU-	CUMP P.A. X PROCESO:	86%	De 12 actividades propuestas en PAMEC, el área implementó 11, lo que equivale al 91,7% de ejecución. El área no presenta seguimiento a indicadores, solo presenta resultado numérico de las encuestas de satisfacción; tampoco no presenta informe de satisfacción del usuario; ni informe de caracterización de quejas, reclamos y sugerencias; tampoco se obtuvieron planes de mejora y evidencia de los seguimientos con respecto a las quejas e inconformidades presentadas por los usuarios
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	50%	Este proceso tiene a cargo el autodiagnostico del MIPG a cargo que es Servicio al ciudadano con una disminucion del 14,8% entre el 2018 y 2019.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	100%	De las acciones correctivas a cargo de este proceso se cumplieron de manera satisfactoria con la contraloria municipal de la auditoria regular del 2018
		CUMP P.M. PQRS	80%	Es un proceso donde se presenta quejas esporadicas de los clientes externos, pero si quejas internas, por mala relacion del grupo de trabajo.
		TOTAL PROCESO:	86%	
		CUMP P.A. X PROCESO:	99%	En las fichas de seguimiento a los indicadores para el mejoramiento del proceso, cumple con 2 indicadores de 4 según meta planteada, por lo que equivale a 50% de esta actividad implementada
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.

6

TRABAJO SOCIAL

CUMP MIPG	0%	No tiene autodiagnostico a cargo
CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas.
CUMP P.M. PQRS	80%	Es un proceso donde se presenta quejas esporadicas de los clientes externos, pero si quejas internas, por mala relacion del grupo de trabajo.
TOTAL PROCESO:	95%	

7

PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES

CUMP P.A. X PROCESO:	99%	Según informe entregado de cumplimiento de comites de 12 reuniones que se debia realizar en el año al momento del corte se encontraron 9 actas, con cumplimiento de 75% de la actividad. De acuerdo al informe suministrado, el proceso tiene como resultado 3,0 en sus indicadores, lo que significa que esta por debajo de la meta que es 5,0
CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas.
CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, presenta una queja en toda la vigencia.
TOTAL PROCESO:	100%	

8

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

CUMP P.A. X PROCESO:	90%	Al evaluar 10 indicadores para el mejoramiento del proceso, se aprecia que 2 no cumplen con la meta propuesta, es decir que alcanza una meta del 80% en esta actividad.
CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (adherencias)	92,3%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno
CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
TOTAL PROCESO:	96%	

9	URGENCIAS ADULTOS	CUMP P.A. X PROCESO:	90%	e planearon 3 actividades PAMEC, se cumplieron 2 totalmente, quedando 1 en desarrollo y cumplimiento de la actividad en 67%. El área no remitió informe de evaluación adherencia a protocolos. No presentan informe de adherencia a guías de UCI adultos, sino de las guías de UCIN. De los 23 indicadores asignados al proceso, 16 cumplen con la meta, cumpliendo en un 70%. El coordinador del área no entrega la certificación del curso MIPG emitido por la Función Pública. No se cumple con el indicador de giro cama, ni de % ocupacional. El área no hace entrega del informe de seguimiento a la producción y productividad del servicio.
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er trimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los trámites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeación.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas.
		CUMP P.M. PQRS	91%	En los 4 informes trimestrales del 2020, es el proceso que ocupa el 3er lugar en más quejas, aunque se ha disminuido el porcentaje de las mismas en comparación al año 2019.
TOTAL PROCESO:		95%		
10	CONSULTA EXTERNA	CUMP P.A. X PROCESO:	91%	6 de los 7 protocolos que se midió adherencia cumplieron con el indicador propuesto, es decir cumplimiento del 85,7%. De 7 eventos adversos reportados, a 6 se efectuó la gestión, lo que representa un cumplimiento del 85,7%. De las 59 quejas que tuvo el servicio por parte de los usuarios, se gestionaron 56, correspondiente al 94,96%. Se tiene el informe de análisis, seguimiento y plan de mejora a los indicadores definidos para el proceso o subproceso, donde se evidencia que de 13 indicadores se cumple con la meta propuesta en 10 indicadores lo que corresponde al cumplimiento del 76,9%. El área no presenta informe de producción, ni rentabilidad del servicio. 6 de los 7 protocolos que se midió adherencia cumplieron con el indicador propuesto, es decir cumplimiento del 85,7%. De 7 eventos adversos reportados, a 6 se efectuó la gestión, lo que representa un cumplimiento del 85,7%. De las 59 quejas que tuvo el servicio por parte de los usuarios, se gestionaron 56, correspondiente al 94,96%. Se tiene el informe de análisis, seguimiento y plan de mejora a los indicadores definidos para el proceso o subproceso, donde se evidencia que de 13 indicadores se cumple con la meta propuesta en 10 indicadores lo que corresponde al cumplimiento del 76,9%. El área no presenta informe de producción, ni rentabilidad del servicio.
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er trimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los trámites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeación.

11

PROCESOS CRITICOS

- UCI Adultos 86,2
- UCI COVID 87,9
- UCI Pediatría

CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (adherencias)	95,9%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno
CUMP P.M. PQRS	76%	En los 4 informes trimestrales del 2020, es el proceso que mas quejas presenta, aunque se ha disminuido el porcentaje de las mismas en comparacion al año 2019.
TOTAL PROCESO:	93%	
CUMP P.A. X PROCESO:	87%	De 56 eventos reportados, se gestionaron 55, es decir que la actividad se cumplió en un 98%. Según informe de seguimiento a indicadores de un total de 18 indicadores, 9 cumplen con la meta propuesta, lo que significa un cumplimiento del 50% de implementación e la actividad. El indicador de % ocupacional no cumple con la meta propuesta. El coordinador del área no adjunta certificado curso MIPG emitido por la Función Pública. No se cuenta con informe de seguimiento a producción y productividad del área
CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD Adherencia	99,3%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno
CUMP P.M. PQRS	97%	En los 4 informes trimestrales del 2020, el proceso de uci de pediatría es el 7mo con mas quejas presenta.
TOTAL PROCESO:	97%	
CUMP P.A. X PROCESO:	79%	Según informe se evidencia que de 7 guías evaluadas 2 presentan 100% de adherencia, las otras 5 porcentajes inferiores al total de cumplimiento, es decir que esta actividad en el PAP es cumplida en un 29%. El área presentó 119 eventos adversos y gestionó 102, es decir el 86%. De 13 indicadores que miden la gestión del proceso, 7 cumplen con la meta establecida, equivalente a un cumplimiento de la actividad del 53,8%. No se cumple con la meta fijada para el indicador de giro cama, ni del indicador de % ocupacional. De acuerdo a informe de planes de mejoramiento para subsanar PQR, de las 126 quejas presentadas por los usuarios frente al servicio, se gestionaron 98, es decir el 78%
CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD Adherencia	66,4%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno

12

INTERNACION

		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	89%	
13	ESTERILIZACION	CUMP P.A. X PROCESO:	55%	En el año, el área reportó 14 eventos adversos de los cuales se realiza plan de mejora pero no se reporta el cumplimiento por Seguridad y Salud en el Trabajo
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas.
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	89%	
14	CIRUGIA	CUMP P.A. X PROCESO:	81%	De 5 actividades PAMEC, el proceso cumplió con 4, es decir el 80%. No se actualizaron 10 procedimientos pendientes. El área de cirugía presentó 10 eventos adversos y gestionó 9, es decir el 90%
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (adherencias)	94,6%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno
		CUMP P.M. PQRS	94%	En los 4 informes trimestrales del 2020, es el proceso que ocupa el 4to lugar con mas quejas, aunque se ha disminuido el porcentaje de las mismas en comparacion al año 2019.
TOTAL PROCESO:	94%			

<p>PROCESO APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA</p> <p>- Banco de Sangre (adherencia 98,0) - Diagnostico Cardiovascular - Servicio Farmaceutico</p> <p>- Radiologia e Imágenes Dx - Laboratorio Clinico (adherencia 96,7) - Madre Canguro</p> <p>- Genetica e infusion Pediatrica - Clinica de Heridas - Rehabilitacion - Ginecologia</p> <p>- Laboratorio de Patologia - Vacunacion - Nutricion y dietetica - Nefrologia</p> <p>- Oncologia - Banco de Leche - Endoscopia digestiva - Salud Mental</p>	CUMP P.A. X PROCESO:	91%	<p>LABORATORIO CLINICO: Se asignaron 7 actividades PAMEC, se cumplieron 6 correspondiente al 86% de la implementación de la actividad. De los 361 protocolos que se midió adherencia, 337 es decir el 93% cumplieron con la meta establecida. Según informe de seguimiento a eventos clínicos, se determinaron 63 de los cuales 52 (el 83%) fueron gestionados totalmente. BANCO DE SANGRE: El área no presenta plan de mejoramiento para el desarrollo futuro del área; presentan un informe de un proyecto de adquisición de móvil para la recolección de hemocomponentes, que es el resultado de una actividad del plan de mejoramiento. Con respecto al análisis, seguimiento y plan de mejora a los indicadores definidos para el proceso o subproceso, solo presentan una relación más quedó pendiente la entrega de las fichas firmadas. IMAGENES DX: Con un desarrollo junto con T.H. y laboratorio clínico 1 actividad PAMEC. No se cuenta con informe de adherencia a los protocolos y la socialización de los resultados. Y no reportó informe de seguimiento a la productividad. REHABILITACION: No fueron actualizados los 7 procedimientos propuestos. El área no entrega informe de adherencia a protocolos. No se tiene el informe de análisis, seguimiento y plan de mejora a los indicadores definidos para el proceso o subproceso. No se cuenta con informe de seguimiento a la producción y productividad del proceso. FARMACIA: De 10 actividades PAMEC asignadas, se cumplieron totalmente 8 (el 80%), quedo en desarrollo una y otra atrasada. Durante la vigencia 2020 se presentaron 156 eventos clínicos (8 eventos, 142 fallas y 6 incidentes) a los cuales se hizo gestión y se finalizaron 108, es decir al 69%. NEONATOS: El área no reporta el indicador referido a pacientes recién nacidos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual. Según informe de seguridad del paciente, el área gestionó 63 de los 68 eventos adversos que tuvo en el año, lo que significa una valoración 96,2% de ejecución de la actividad. Frente al indicador Seguimiento a Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI según lo establecido por el Ministerio de Salud y de Protección Social, el área aplicó 44,5 pasos de los 50 establecidos por el Ministerio, por lo tanto presenta un 89% de cumplimiento de la actividad. De los 20 indicadores para el análisis, seguimiento y plan de mejora a los indicadores definidos para el proceso o subproceso, el área cumplió con 15, es decir el 89% de la actividad. GINECOBSTERICIA: De 7 procedimientos por actualizar, se hizo lo pertinente a 5, es decir el 71,4%. El área no presentó los siguientes informes como evidencias del PAP: adherencia a protocolos, análisis y seguimiento a indicadores para mejorar el desempeño del proceso, indicador de giro cama, % ocupacional de ginecobstericia, plan de mejora de las PQR del área, y de producción y seguimiento a la productividad. Debido al cambio de coordinador del proceso, no se obtuvo el certificado del curso MIPG expedido por la Función Pública. NEFROLOGIA: Según las fichas de análisis y gestión de indicadores, el servicio cuenta con 12 indicadores cumpliendo según lo establecido en la Institución, el indicador de lavado de manos en el último trimestre, tuvo un descenso pero es por sesgo en la medición por parte del comité de infecciones, por lo cual fue calificado con 92% esta actividad</p>
	CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
	CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
	CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los trámites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeación.
	CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (adherencias laboratorio clinico)	97,4%	La adherencia a las guías de práctica clínica y procedimientos médicos corresponden al 94%, disminuyó comparado con el porcentaje de adherencia del 2019, correspondiente al 96% y se debe a la no adherencia de la guía de uso racional de antibiótico en los servicios pediátricos y neonatos
	CUMP P.M. PQRS	96%	En los 4 informes trimestrales del 2020, los procesos de imágenes diagnósticas, Rehabilitación y Salud Mental ocupan el 5to lugar con más quejas, aunque se ha disminuido el porcentaje de las mismas en comparación al año 2019.
TOTAL PROCESO:	97%		

16	GESTION DE TALENTO HUMANO: - Seguridad y Salud en el Trabajo - Coordinacion en Enfermeria: adherencia 97,78% - Talento Humano: Estandares 95,1%	CUMP P.A. X PROCESO:	90%	COORDINACION DE ENFERMERIA: De los 9 procedimientos para medir adherencia, se cumplió con la actividad en 7 de ellos, por lo tanto valorada en 80% la implementación de la actividad. Se cuenta con informe de resultados indicadores 2020 y al promediar todos los indicadores se tiene un nivel de cumplimiento del 93,3%. Son 2 los indicadores que no cumplen con la meta establecida. Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021, se pondera el % de T.H (83,3) Y SSST (93,9) y Coordinacion de enf 93,3%
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	82%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021, falta por ejecutar 5 actividades de T.H., 10 de integridad y 6 de Transparencia, para un total de 21 actividades incumplidas de las 119 suscritas.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	96,4%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	95%	
17	REPRESENTACION JURIDICA: - Gestion Juridica - Contratacion	CUMP P.A. X PROCESO:	97%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	95%	Este proceso tiene a cargo el autodiagnosticos del MIPG de defensa juridica con un aumento del 14,8 entre el 2018 y 2019, obteniendo en el 1er semestre del 2020 un avance del 94,8
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	96%	La oficina juridica cumplio de manera satisfactoria las acciones correctivas suscritas con la contraloria municipal de las auditorias regulares del 2018 y 2019, tiene pendiente una accion correctiva del plan de mejoramiento del comité de conciliacion suscrito con la Procuraduria en abril del 2019.
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
TOTAL PROCESO:	98%			
18	VIGILANCIA Y CONTROL DE CONTRATOS	CUMP P.A. X PROCESO:	100%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas.

		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	100%	
19	GESTION DE CONVENIOS DOCENCIA SERVICIOS	CUMP P.A. X PROCESO:	99%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	35%	Este proceso tiene a cargo el autodiagnosticos del MIPG denominado Gestion del Conocimiento e innovacion cuya linea base fue cero (0) en el 2018 y 2019, obteniendo en el 1er semestre del 2020 un avance del 28,7
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas.
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	87%	
20	GESTION ETICA LEGAL E INVESTIGACIONES	CUMP P.A. X PROCESO:	98%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	100%	Este proceso tiene a cargo el autodiagnosticos del MIPG denominadoCodigo de Integridad en conjunto con el proceso de Gestion del Talento Humano, que desde el 2018 la oficina de etica medica se encargo de la implementacion del codigo de etica y lo socializaba cada año.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas.
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	100%	
21	GESTION DE LA INFORMACION Y TELECOMUNICACIONES	CUMP P.A. X PROCESO:	89%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021. Vigilancia Epid (100%), Estadística (92%) Sistemas de Inf (77,4%), Comunicaciones (90,7), Gestion Documental (95,6%), Infraestructura y Tecnologia 92%
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	79%	Este proceso tiene a cargo los autodiagnosticos del MIPG denominados Gobierno Digital, Gestion de tramites, Gestion Documental Transparencia y acceso a la informacion, los cuales iniciaron con una linea base en el 2018 del 57,1, en el 2019 del 52,3 y en el 1er semestre del 2020 el promedio de avance fue del 67,5, y a diciembre de 2020, se avanza con el cumplimiento en la implementacion del link de transparencia y acceso a la informacion que obtuvo un 90% de avance.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
	- Estadística - Sistemas de Informacion			
	- Comunicaciones - Gestion Documental			

	- Vigilancia epidemiologica - Admon de Historias Clinicas	CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (sistemas 90,5, H.C. 97,1)	93,8%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	94%	
22	GESTION DE FACTURACION	CUMP P.A. X PROCESO:	100%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	98%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas, y con respecto al P.M. de la auditoria interna realizada con la of de control interno en el 201, se cumplio con un 98% de las acciones correctivas suscritas.
		CUMP P.M. PQRS	82%	En los 4 informes trimestrales del 2020, es el 2do proceso con mas quejas, aunque se ha disminuido el porcentaje de las mismas en comparacion al año 2019.
		TOTAL PROCESO:	96%	
23	AUDITORIA DE CUENTAS	CUMP P.A. X PROCESO:	77%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	100%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas, y con respecto al P.M. de la auditoria interna realizada con la of de control interno en el 201, se cumplio con un 100% de las acciones correctivas suscritas.
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	95%	
24	GESTION DE MERCADEO Y VENTA DE SERVICIOS	CUMP P.A. X PROCESO:	100%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.

		TOTAL PROCESO:	100%	
25	GESTION FINANCIERA - Tesoreria - Presupuesto - Costos - Contabilidad - Cartera - Gestion de Almacen	CUMP P.A. X PROCESO:	88%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021. Presupuesto (91%), costos (99,1%), cartera (86%), Almacen (87,3), Tesoreria (62,1), Contabilidad (100%)
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	99%	Este proceso tiene a cargo el autodiagnostico del MIPG denominado Gestion Presupuestal el que inicio con una linea base en el 2018 del 95,9, en el 2019 del 99,1 la quee sostuvo hasta el 1er semestre del 2020.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	88%	Este proceso tiene 3 accion correctivas pendientes con la contraloria municipal de Popayan, de la auditoria financiera y presupuestal de la vigencia del 2019, con avance del 88%.
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	96%	
26	GESTION DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGIA	CUMP P.A. X PROCESO:	92%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	77,1%	Según informe de la oficina de planeacion y el seguimiento de la oficina de control interno
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	94%	
27	GESTION AMBIENTAL	CUMP P.A. X PROCESO:	99%	Según informe presentado por la oficina de planeacion del 10 de febrero de 2021
		CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
		CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
		CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
		CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	100%	Este proceso en las ultimas tres auditorias ambientales por parte de la contraloria municipal de Popayan, no se encontraron hallazgos, eso quiere decir que este proceso se manejo de manera satisfactoria.
		CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
		TOTAL PROCESO:	100%	
		CUMP P.A. X PROCESO:	0%	NA

28

GESTION DE SERVICIOS GENERALES

CUMP MAPA RIESGOS:	100%	Se cumplieron con cada una de las actividades suscritas en el mapa de riesgos de la vigencia del 2020.
CUMP MIPG	0%	Las acciones del MIPG son transversales.
CUMP PLAN ANTICORRUPCION	100%	Según informe del 3er cuatrimestre del 2020, la actividad pendiente es determinar los tramites que se realizan en el HUSJ, actividad a cargo de la oficina de planeacion.
CUMP PLAN DE MEJORAMIENTO	0%	Este proceso no tiene acciones correctivas con entidades de control externas
CUMP P.M. PQRS	100%	En los 4 informes trimestrales del 2020, no se registra ninguna queja.
TOTAL PROCESO:	100%	

5. RECOMENDACIONES POR PARTE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Que se realice

- un trabajo articulado entre la oficina de Planeacion y Calidad para el cumplimiento de las metas determinadas en el Plan de Desarrollo con el fin de acreditar los servicios del Hospital Universitario San Jose ESE.
- En los dos ultimos planes de desarrollo se habla de ofrecer servicios de Salud de Alta Complejidad seguros y humanizados con responsabilidad social, politica de humanizacion que no se aplico en la administracion del 2017 al 2020, ya que se presento una alta rotacion de personal que conllevo a reprocesos y a que se presentaran eventos adversos los cuales terminan siendo pagados por el Hospital.
- Que se realicen referenciaciones con Hospitales ya acreditados.
- La Socializacion permanente a los funcionarios de planta, contratistas y afiliados particeps del codigo de integridad, adoptado con Resolucion 386 1 de Dic de 2020.
- La estructuracion de los indicadores tanto asistenciales como administrativos son de responsabilidad de la oficina de planeacion con el apoyo de las subgerencias cientifica y administrativa, no de la Coordinacion de Calidad.
- Dentro del plan de desarrollo del 2020-2024, se tiene establecida la acreditacion para el 2023, por lo cual es necesario realizar las acciones y compromiso con el personal de planta, contratistas y afiliados particeps para lograr la acreditacion ya que es la ultima oportunidad para hacerlo.
- Atender las recomendaciones determinadas por las oficinas asesoras de Planeacion, Juridica y Control interno, con el fin de fortalecer el sistema de control interno, con la implementacion del nuevo modelo integrado de planeacion y gestion -MIPG-, donde se incluye el Modelo Estandar de Control Interno -MECI-
- Que el personal que ingrese a prestar los servicios cumpla con los requisitos minimos de conocimientos y experiencia necesarias para la prestacion de servicios de calidad, asi como tambien que se les realice las inducciones necesarias y capacitacion con el fin de que no se presenten eventos adversos y demandas que en primera instancia debe asumir el Hospital.

6. **NOTA:** Esta evaluacion fue realizada con los informes entregados por las oficinas de Planeacion y Calidad, algunas de ellas semestrales, y otras de la vigencia del 2020, informe de desempeño laboral que sirve como base para la evaluacion de la vigencia del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021, asi como tambien para fijar los compromisos para la vigencia del 1 de febrero del 2021 al 31 de enero del 2022. Este informe es base para la toma de decisiones por parte de la Alta Gerencia como estrategia de mejoramiento continuo de AUTOREGULACION, AUTOGESTION, AUTOCONTROL Y AUTOEVALUACION, determinados en el nuevo Modelo Integrado de Planeacion y Gestion -MIPG-, asi como tambien la aplicacion de todo el personal que presta los servicios en el Hospital de las lieas de defensa.

7. FIRMA:



EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA

JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO