

**SALUD SOGAMOSO E.S.E.**  
**INFORME PORMENORIZADO CUATRIMESTRAL**  
**A OCTUBRE 31 DE 2018**

**I. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL**

1.1. Dimensión Talento Humano.

**1.1.1.** Mediante Acuerdo N°06 del 2018 la Junta directiva de Salud Sogamoso E.S.E. **MODIFICO EL PLAN DE DESARROLLO Y PLAN DE GESTION 2016-2020, SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION – MIPG Y CODIGO DE INTEGRIDAD.**, y se establecieron como valores definitivos dentro del plan de gestión, que son compromiso, lealtad, prudencia, respeto, justicia, diligencia y honestidad con el fin de cumplir con los lineamientos del código de integridad.

La institución cuenta con un Plan de gestión integral del talento Humano(PEGITH), para cada vigencia, el este documento se genera el plan de acción para planeación del talento humano, Bienestar social, Medición e intervención del clima laboral, preparación para el retiro, plan de incentivos, plan de capacitación, plan de inducción y reinducción institucional, medición del desempeño Laboral.

**1.1.2.** Planeación del talento humano.

La cual se ha realizado con base en los requerimientos de la Planta Global y la Planta Temporal Actualmente SALUD SOGAMOSO E.S.E, cuenta con una planta temporal de 76 cargos y 8 cargos que corresponden a la planta Global , de No se tiene personal de carrera, razón por la que no hay plan de vacantes

**FORTALEZAS**

- Salud Sogamoso E.S.E., propende por crear una estrategia del Talento Humano que responda a los objetivos trazados por la Entidad.
- Definir los objetivos e indicadores de Gestión y Desempeño de SALUD SOGAMOSO E.S.E., alineados con los establecidos por EL MIPG.
- Elevar el nivel del Talento Humano en la habilidad lograr la responsabilidad, e integridad del servidor Publico.

**DEBILIDADES**

- No contar con el módulo de nómina, para tener una plataforma que registre las novedades del recurso humano; toda esta información se encuentra en forma manual en plantilla excell.

**1.1.3.** La Planta de cargo y manual de funciones, la distribución de los cargos es así:

De período: 5;

De libre nombramiento: 3

**Manual de Funciones:**



Acuerdo N° 153 del 2013. "Por medio del cual se aprueba el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales SALUD SOGAMOSO E.S.E.

**FORTALEZAS:**


- Publicación del Manual de Funciones en la Intranet y le permite al funcionario realizar consulta de las funciones de los cargos en planta de SALUD SOGAMOSO E.S.E.

**1.1.4.** Se tiene cronograma de capacitación el cual se le hace el seguimiento respectivo para su cumplimiento

Plan Institucional de Capacitación y Bienestar Social- PIC. Para el año 2018 se asignó al plan de capacitación un presupuesto de \$ 64.555.000, con un 80% de cumplimiento de actividades y de presupuesto se ha ejecutado un 40% con un valor de \$25.134.529

ESTRATEGIA PLAN DE GESTION	POLITICA DE GESTION Y DESEMPEÑO	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	CUMPLIMIENTO
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Talento Humano	Desarrollar en el personal de la Ese valores y principios institucionales en pro de un mejor clima laboral	100% 
	Integridad	Fortalecer las competencias y propiciar espacios que ofrezcan bienestar a nivel laboral	100% 

El objetivo institucional se encuentra compuesto por los siguientes indicadores:

INDICADOR	META	VALOR	RESULTADO
Comunicación asertiva, Servicio al cliente y trabajo en equipo	80%	80%	80% 

#	Estrategias	Fecha Inicial	Fecha Final	Avance de cumplimiento
1	Fortalecer las actividades de Bienestar y Salud Ocupacional encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios de la Entidad.	01/08/2018	30/11/2018	100%
2	Consolidar y desarrollar el Plan Institucional de Capacitación como instrumento para el fortalecimiento de las competencias laborales de los funcionarios para el logro de los objetivos Institucionales.			100%
3	Adelantar las actividades relacionadas con el ingreso, permanencia y retiro de los funcionarios de la Entidad, así como las relacionadas con la gestión de las Situaciones administrativas.			100%

## DEBILIDADES

- No contar con un software de capacitación; la información se genera manualmente.
- No se cuenta con información oportuna como rotación de personal (relación entre Ingresos y retiros), movilidad del personal (reubicaciones y estado actual de situaciones administrativas), ausentismo (enfermedad, licencias, permisos), pre-pensionados, cargas de trabajo.

#### **1.1.5. Programa de Inducción y Reinducción.**

La institución cuenta con un Plan de gestión integral del talento Humano(PEGITH), para cada vigencia, el este documento se genera el plan de acción para planeación del talento humano, Bienestar social, Medición e intervención del clima laboral, preparación para el retiro, plan de incentivos, plan de capacitación, plan de inducción y reinducción institucional, medición del desempeño Laboral.

**1.1.6.** La institución cuenta con un Plan de gestión integral del talento Humano(PEGITH), para cada vigencia, el este documento se genera el plan de acción para planeación del talento humano, Bienestar social, Medición e intervención del clima laboral, preparación para el retiro, plan de incentivos, plan de capacitación, plan de inducción y reinducción institucional, medición del desempeño Laboral.

La proporción de cumplimiento de la ejecución del plan de bienestar XX%

Fortalezas.

**1.1.7.** Para el periodo objeto del presente informe, se presentan se desarrollan las actividades programadas en el plan de Bienestar e incentivos.(Celebración Cumpleaños Funcionarios- celebración amor y amistad).

INCENTIVOS	Realizar reconocimiento a los funcionarios en el nivel sobresaliente, de acuerdo a la medición de desempeño.	Reconocimiento a los mejores funcionarios de cada nivel y a los calificados como sobresalientes	DICIEMBRE	Todo el Talento Humano de la entidad	Talento Humano y Comité de Planeación.
	Incentivar la obtención de nuevos conocimientos a partir de experiencias en otras instituciones.	Permitir la realización de visitas de referenciación institucionales	TODO EL AÑO	Todo el Talento Humano de la entidad	SEGÚN NECESIDAD
	Fortalecer el trabajo en equipo y las relaciones de acuerdo al resultado de la Medición de desempeño por equipos de trabajo	Dotación para su área según requerimiento o necesidad.			
	Premiar al Mejor empleado	Entregando Mención de Honor con copia a la Hoja de Vida, con colocación en Cartelera y un Día de Trabajo libre			

**1.1.8.** . Evaluación del desempeño laboral. Sistema de medición de desempeño realizó valoración del desempeño para el periodo comprendido de 15 de enero a 31 de julio 2018 para los colaboradores, todos con calificación satisfactoria.

**FORTALEZAS.**

- Contar con Personal Idóneo comprometido

**DEBILIDADES**

- Falta compromiso por parte de algunos funcionarios responsables a evaluar para la entrega de la información al área de Gestión RH.

**1.1.9.** Entrenamiento en el puesto de trabajo.

Con el apoyo de la Gerencia, la Líder de Gestión Recurso Humano ha podido adelantar los entrenamientos en el puesto de trabajo de los funcionarios y contratistas que ingresan a SALUD SOGAMOSO E.S.E., garantizando que tengan una INDUCCION dedicada al proceso de entrenamiento en el puesto de trabajo.

**DEBILIDADES.**

- Garantizar que se respeten los tiempos asignados para este proceso.

**1.1.10.** Aplicación "Ley de Cuotas". Actualmente se está actualizando el informe de cumplimiento de la Ley de cuotas.

Gracias por rellenar [REPORTE DE INFORMACIÓN LEY DE CUOTAS 2018](#)

Estos es lo que nos has enviado

**REPORTE DE INFORMACIÓN LEY DE CUOTAS 2018**

Referencias al aplicativo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública para cumplir con el reporte de la Ley 5811 la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles directivos de los diferentes ramas y órganos del poder público, de conformidad con la Constitución, para la vigencia del año 2018.

Dirección de correo electrónico \*

**1.1.11.** Actualización Declaración de Bienes y Rentas. Actualmente los funcionarios de SALUD SOGAMOSO E.S.E. ha registrado la declaración de bienes y rentas a través de la plataforma SIGEP., se realizo en forma oportuna, el cual en el momento está en la etapa de actualización.

**FORTALEZAS**

- Plataforma SIGEP.

**DEBILIDADES.**

Funcionarios que tienen dificultad en realizar el trámite de actualización por no tener conocimiento de ingreso a la plataforma.

**1.2. Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación.**

**1.2.1. Planes.**

**1.2.1.1.** Plan Estratégico. 2016 – 2020. El Plan Estratégico del SALUD SOGAMOSO E.S.E. 2016 – 2020 lapso de nombramiento de la Gerencia, se ejecuta a través del Plan de Desarrollo 2016 -2019 y éste último se ejecuta cada año, en el corto plazo a través de

los planes de acción de las vigencias 2016, 2017 y estamos ejecutando la vigencia actual 2018.

#### **FORTALEZAS**

- Seguimiento y evaluación cada dos meses a los programas y proyectos estratégicos y a los Cumplimiento de Planes establecidos en la Formulación del POA .

- Adicionalmente se alimenta el avance de indicadores y metas establecidos para los objetivos estratégicos que se reflejan en el Cuadro de Mando Integrado.

#### **DEBILIDADES.**

- Algunos empleados desconocen los elementos del direccionamiento estratégico de SALUD SOGAMOSO E.S.E. ANGICITA

**1.2.1.2.** Plan de Desarrollo 2016 – 2020. El Plan de Desarrollo de SALUD SOGAMOSO E.S.E. Y Plan de Gestión 2016 - 2020 tiene una duración de 4 años y éste se ejecuta a través de los planes de acción que tienen vigencia de 1 año.

A la fecha se han ejecutado los planes de acción de las vigencias 2016, 2017 y estamos en ejecución del Plan, el cual esta articulado con el Plan Operativo vigencia actual 2018.

#### **FORTALEZAS**

- Seguimiento y evaluación cada dos meses a los programas y proyectos estratégicos

- Adicionalmente se alimenta el avance de indicadores y metas establecidos para los objetivos estratégicos que se reflejan en el tablero de Actividades el cual es socializado en forma bimensual al Comité de Gestión y Desempeño.

#### **DEBILIDADES.**

- Algunos empleados desconocen los elementos del direccionamiento estratégico de SALUD SOGAMOSO E.S.E. lo que dificulta la articulación de algunas actividades y sus debidos procesos para lograr los objetivos estratégicos propuestos.

**1.2.1.3.** Plan de Acción 2018.

El Plan de Acción de la vigencia 2018 tiene una duración de 12 meses. El Plan de acción se compone del seguimiento a los programas y proyectos estratégicos en SALUD SOGAMOSO E.S.E. Del direccionamiento estratégico, Plan que está alineado con el Plan de desarrollo.

#### **FORTALEZAS**

- En cada vigencia se formulan los proyectos, según el establecimiento realizado por la coordinación del proceso de planeación y también se registra en el tablero de seguimiento POAS.

- Adicionalmente, para efecto de seguimiento de las actividades de los proyectos cuentan con un cronograma en el cual se detallan las tareas que se deben desarrollar en el periodo programado, toda vez que se debe cumplir con los compromisos establecidos en pro de la consecución de los objetivos.

- Al plan de acción tiene 6 seguimientos en el año, cada dos meses se realiza seguimiento y evaluación a la ejecución de las actividades programadas de los programas y proyectos estratégicos, determinando de esta forma el porcentaje de avance en búsqueda de resultados e impacto.

**1.2.1.4.** Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Con corte al 30 de Agosto los responsables se realizaron seguimiento efectividad de los controles implementados para mitigar los riesgos de corrupción, diligenciando las evidencias en la opción de seguimiento de la matriz de riesgos independiente.

**FORTALEZAS.**

Ejecución de las actividades del cronograma para el desarrollo con base en la normatividad vigente de cada uno de los componentes del plan

**1.2.1.5.** Control Interno Contable. Se llevan a cabo reuniones con el comité de saneamiento contable con la finalidad de sanear algunas partidas como incapacidades y nómina por pagar (LIQUIDACIONES). Se trasmite información contable pública y de convergencia a la Contaduría General de la Nación al igual que al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del decreto 2193. Se remite a la superintendencia de salud cuentas por pagar de acuerdo a la circular 016. Se realizan capacitaciones de políticas contables a las diferentes áreas que alimentan información al área contable.

**FORTALEZAS.**

- Contamos con el Software integrado del área Administrativa y el Área asistencial SOFTWARE CNT, el cual se mantiene con información e integrada. Para la presente vigencia se evidencia el inicio de la implementación real de costos, para lo cual se accedió a plataforma de Prueba de los mismos, con el mismo proveedor de Contabilidad, presupuesto, prestación de servicios, en forma tal de poder identificar el valor al cual puede ser la relación Contractual y facturación con las diferentes EAPB.

**DEBILIDADES.**

- Falta de documentación de algunas actividades que se deben vincular en la Gestión de la Contabilidad.

**1.2.1.6.** Plan de Austeridad. No se ha logrado la recepción del Plan y de la matriz de Austeridad del Gasto, solicitada en varias oportunidades.

**1.2.1.7.** Plan Anual de Adquisiciones. Publicado en el link <https://saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2018/PLAN%20ANUAL%20DE%20ADQUISICIONES%202018.pdf>

Entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes:

**FORTALEZAS.**

- Se fortalece la estructura del área de suministros con personal idóneo para mejorar los procesos de adquisición de bienes y servicios.

- Se definen listas de necesidades para los procesos de convocatoria de insumos médicos.

- Plan Anual de Adquisiciones actualizado y ajustado a las necesidades de los servicios.

**DEBILIDADES.**

Se encuentra publicado por vigencias en el link <https://saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2018/PLAN%20ANUAL%20DE%20ADQUISICIONES%202018.pdf>

**1.2.2. Programas.**

**1.2.2. 1.** La Política de Gobierno Digital está aprobada mediante resolución 316 de 2018 publicada en el link transparencia, en desarrollo TI (PETI).

#### **FORTALEZAS.**

- Programa y proyecto en actualización. - Estructuración y valoración del diagnóstico con los cuatro componentes de Gobierno en línea.

1. TIC para Servicios (Servicios Centrados en el usuario, Trámites y Servicios En Línea, Sistema Integrado de PQRSF),

2. TIC para Gobierno Abierto (Transparencia, Participación, Colaboración con proveedores del sector),

3. TIC para Gestión y Seguridad y Privacidad de la Información (Información, Estrategia de TI, Gobierno de TI),

4. Servicios Tecnológicos, Sistemas de Información, Uso y Apropiación, Capacidades Institucionales) ;)

La Dimensión 5 (Información y Comunicación) del MIPG "nueva política gobierno en línea" Manual de Gerencia y Seguridad de la Información, Manual de Historia Clínica.

#### **DEBILIDADES.**

- Normatividad nueva con pocos desarrollos y avances en el sector salud, como punto de referenciación y de prácticas exitosas.

- Desconocimiento y desarticulación por parte de los involucrados, buscar más capacitación y empoderamiento del tema en la cultura organizacional de SALUD SOGAMOSO E.S.E.

- Falta de Capacitación y Recurso Humano para apoyo.

**1.2.2.2.** Programa 2. Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica. No se tiene reporte.

Se ha desarrollado el Procedimiento para Adquisición de Tecnología de la Información (Hardware y Software)

Se ha desarrollado el Procedimiento para Red de áreas Locales y Comunicaciones.

Se ha desarrollado el procedimiento de Administración de usuarios de la Información.

#### **1.2.3. Proyectos.**

**1.2.3.1.** Proyecto 1. Implementar un Modelo de Gestión por Competencias.

**1.2.3.2.** Proyecto 2. Fortalecimiento de la cultura organizacional. Desarrollar programas de incentivos para medir y reconocer competencias colectivas e individuales del Modelo de una cultura basada en competencias. Por lo que SALUD SOGAMOSO propende por **Fortalecer las competencias y propiciar espacios que ofrezcan bienestar a nivel laboral**

**1.2.3.3.** Proyecto 3. Consolidación del sistema de gestión integral de calidad. Entre las actividades realizadas en el área de calidad se observa por cada uno de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad, donde en el sistema único de habilitación se vela por el cumplimiento de los estándares mínimos, se realiza



la renovación de la autoevaluación de habilitación, la cual se debe llegar a Secretaría de Salud Departamental de manera anual mediante el aplicativo para tal fin; dentro del PAMEC (Plan de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad) se realiza un trabajo articulado con los líderes de proceso con el fin de desarrollar los planes de mejora por cada uno de los estándares del sistema único de acreditación; por otra parte se trabaja en cumplimiento de la resolución 1552, y 256 lo concerniente al sistema de información para la calidad donde se reportan a entes de control y EAPB los indicadores que aplican para la ESE, por último el área de calidad también desarrolla el programa de seguridad del paciente donde se socializan y evalúa la adherencia a las guías de las buenas prácticas, también se hace el análisis de caso y seguimiento a los planes de mejora cuando se reporta algún suceso adverso, mediante el software de la OPS y con metodología AMFE y protocolo de Londres, buscando generar barreras de seguridad que disminuyan o mitiguen los riesgos generados por la atención en salud.

Se realizó un estudio de ATENCIÓN DE CITAS POR CALL CENTER, Y se está en el proceso de cambiar la plataforma a la Telefonía IP, Se convierte en Analógica a Señal IP.

### **1.3. Dimensión. Gestión con Valores para Resultados.**

1.3.1. Estructura organizacional. A la fecha **no** se han realizado modificaciones a la estructura organizacional.

1.3.2. Modelo de Operación por procesos.

Se cuenta con XXX políticas institucionales: publicadas en el link [https://www.saludsogamoso.gov.co/?page\\_id=8062](https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8062)

POLITICA DE HUMANIZACION DEL SERVICIO

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

POLITICA DE CALIDAD

POLITICA DE TALENTO HUMANO

POLITICA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

POLITICA DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

POLITICA DE PRESTACION DEL SERVICIO

POLITICA DE NO CONSUMO DE SUSTANCIAS SIOACTIVAS

POLITICA IAMI

POLITICA DE COMUNICACIONES

POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACION

POLITICA DE GESTION AMBIENTAL

POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL

POLITICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

POLITICA DE REFERENCIACION COMPETITIVA YCOMPARATIVA

POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

1.3.3. Sistema de Gestión / Gestión Ambiental. Manejo integral de los residuos: Dentro de la gestión integral de residuos producidos en atención en salud y similares, se cuenta con documento para la sede centro y las UBAS, debidamente aprobado por SESALUB y socializado con el personal, donde se dan indicaciones de segregación adecuada, manejo de residuos y rutas sanitarias entre otros; se cuenta con contrato vigente con gestor autorizado para el manejo de los residuos peligrosos, los cuales por ser la entidad un generador mediano se reportan ante el aplicativo RESPEL del IDEAM, se cuenta con operarias de servicios generales debidamente capacitadas para el manejo del mismo, se cuenta con recipientes con las características definidas por la norma para la segregación de los residuos en cada punto donde se requiere; de igual

manera por parte de los líderes de cada área se inspeccionan los diferentes servicios con lista de chequeo, verificando adherencia al PGIRASA.

Esto se realiza con visitas programadas y en visitas de calidad, las cuales se realizan mínimo una vez cada quince día, donde se verifica lo pertinente y si se encuentra algún hallazgo negativo se genera inmediatamente planes de mejora y se hace control a los mismos. Se realizan capacitaciones a personas en el tema de manejo de residuos, bioseguridad, planes de contingencia, en los servicios. La clasificación y segregación adecuada de residuos ha mejorado, lo cual se ha evidenciado en las inspecciones, por otra parte se trata de aprovechar los residuos reciclables en concordancia con la gestión ambiental donde se busca el uso eficiente de energía, agua y papel mediante actividades y producción más limpia.

La ubicación de residuos corto punzantes ha mejorado evidenciando un buen uso de guardianes.

Manejo Seguro de las sustancias químicas: La entidad cuenta con un referente para la gestión ambiental quien es el encargado de consolidar y publicar el listado de sustancias químicas y las respectivas fichas de seguridad, las cuales se socializan con el personal involucrado y que maneja las mismas.

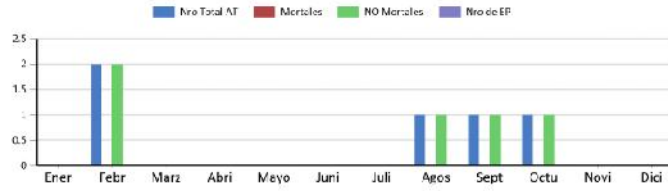
Seguridad y salud en el trabajo apoya el que hacer pero esto dificulta los controles a la operación de propios y terceros.

1.3.4. Sistema de Gestión / Salud y seguridad en el trabajo. Aclaración inicial: Decreto unificado del sector trabajo 1072 del 2015. Por lo anterior y con la gestión de seguridad y salud en el trabajo bajo los estándares mínimos establecidos De acuerdo con la Resolución 1111 de marzo 27 de 2017, mediante la cual se establecieron los Estándares Mínimos que debe tener el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – SG SST, el Área de Talento Humano informó que a 31 de diciembre de 2018 la Entidad deberá tener un 90% de cumplimiento frente a la implementación de los estándares mínimos establecidos por el Ministerio del Trabajo.

El Área de Talento Humano informa que se debe socializar el estado de avance del SG-SST en la sesión Comité de Gestión y Desempeño.

A continuación, se relacionan avance en la implementación de la gestión

**Grado de avance en la implementación de la gestión**



**Análisis Integral de la Accidentalidad:**

Se presentó 3 accidente de trabajo el cual es 1 AT LEVE, con la siguiente caracterización:  
 De acuerdo al mecanismo del AT: Caída de personas 1.  
 Por tipo de lesión: Leve  
 Agente: Ambiente de trabajo 1.  
 Parte del cuerpo afectada: Miembros superiores 1.

**Grado de avance en la implementación de la gestión (evaluación S&SO)**

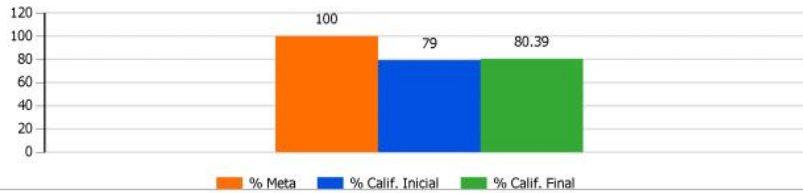
Cod	Plan / Programa	% Avance Actual	% Avance Previo	% Metas	Avanca	Cumpli. Meta	% Cumpli. Activi
1	ESTRUCTURA EMPRESARIAL	11.90	14.00	14.00	-2.10	NO	100.00
2	PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA	6.90	8.60	10.00	-1.70	NO	50.00
3	DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL	10.54	11.34	14.00	-0.70	NO	100.00
4	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	11.20	10.22	14.00	0.98	NO	0.00
5	INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO	5.50	6.50	10.00	3.00	NO	0.00
6	GESTIÓN PARA EL CONTROL DE INCIDENTES Y ACCIDENTES (DE TRABAJO)	10.20	7.80	12.00	2.40	NO	0.00
7	GESTIÓN EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES	10.56	10.56	12.00	0.00	NO	87.23
8	PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	4.41	3.85	7.00	0.56	NO	0.00

	<b>POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.</b> -Gestión Documental-	Código VP-RE-IGGE-01
	<b>INFORME GERENCIAL DE GESTION EN EMPRESA</b>	Versión 1
	Proceso	Fecha: 08/11/2018
	Promoción y Prevención	Pagina 2 de 4

9	SISTEMA DE GESTIÓN EN S&SO - OHSAS 18001	5.08	6.13	7.00	-1.05	NO	0.00
11	U.E.P 1 – MINERIA	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
12	U.E.P 2 – CONSTRUCCIÓN	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
13	U.E.P 3 – A.M.T.C	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
14	D.M.E	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
15	U.E.P 5 – HIDROCARBUROS	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
16	U.E.P 6 – SECTOR SALUD	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
17	HYS	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
18	MPYT	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
19	PSICOSOCIAL	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00
20	ESFERA MENTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	NO	0.00

**Calificación global en la gestión de seguridad y salud en el trabajo**



La evaluación corresponde a los criterios establecidos bajo la EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) de POSITIVA. El resultado de evaluación inicial de 2017 corresponde a 79.00% y la evaluación final aplicada en Enero del 2018 obtuvo una calificación del 80.39%.  
Dando cumplimiento a los aspectos legales y a los resultados de la evaluación inicial, se enfoca el plan de trabajo en los siguientes programas: ESTRUCTURA EMPRESARIAL, PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL Y GESTIÓN EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES.



**Interpretación del Gestor:**

Se ejecutó el 100% de las actividades programadas durante el periodo, la ejecución esta enmarcada principalmente en los programas de gestión en la prevención de enfermedades profesionales y estructura empresarial.

El porcentaje acumulado de ejecución es del 84.21%

TASA DE ACCIDENTALIDAD GRAVE X 100	0.00	0.00
TASA ACCIDENTALIDAD MORTAL X 100,000	0.00	0.00
INDICE DE FRECUENCIA (IF) X 240,000	0.85	0.85
INDICE DE SEVERIDAD (IS) X 240,000	0.00	0.00
INDICE DE LESIONES INCAPACITANTES (ILI)	0.00	0.00
TASA ENFERMEDAD PROFESIONAL X 100,000	0.00	0.00

**Grado de Ejecución del plan de Trabajo:**

Porcentaje de ejecución de las tareas	84.21
Meta de ejecución de las tareas	100.00
Cumplimiento de la meta	NO

**Implementación de las acciones preventivas / correctivas emitidas:**

Ejecutadas por parte de la Empresa	0.00
Pendientes	0.00
Total de acciones de mejora ejecutadas	0

**Actividades de gestión a destacar realizadas durante el periodo**

Nro.	Actividad	Descripción
1	0-PB-1-ED-20 Taller experiencial educativo en Seguridad y Salud en el Trabajo	Sensibilización del reporte de incidentes - AT y actos y condiciones inseguras TIPO FISIOLÓGICO Y 7 HORAS PARA TOPASST INVESTIGACIÓN DE AT E IT
2	P-PA-7-AC-103 Asesoría y asistencia técnica en el tercer pilar de desarrollo. Aplica para la Realización del Programa en FOMENTOS DE ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. Incluye Jornadas de Educación Entrenamiento y Formación en competencias del SER	Taller de estilos de vida y trabajo saludable con todo el personal
3		
4		
-		

Con recursos propios y como lo establece en la ley 1562 del 2012 con la asesoría de la ARL, se está llevando a cabo un cronograma que propende por llevar a máximo cumplimiento de los estándares para finales del 2018 .

La matriz de riesgo del recurso humano está en plan de mejoramiento, en lo referente Control de la accidentalidad, investigaciones oportunas. Se garantiza sus condiciones seguras de trabajo.

Finalmente participación en el control, del ausentismo con el seguimiento a las incapacidades mayores de 90 días y los recurrentes.

**FORTALEZAS**

Grupo de personal al interior de SALUD SOGAMOSO E.S.E. Competente para el desarrollo de los diferentes programas y procesos definidos. - Acompañamiento de la ARL.

**DEBILIDADES.**

Falta de personal de apoyo para la realización actividades diarias y la documentación de cada proceso y procedimiento

1.3.5. Sistema de Gestión / Responsabilidad Social. HAY PROGRAMA DE RSOCIAL?, otra: propendemos por ser Entidad Sostenible de que forma? Tenemos Plan Programa? En el tema para la Competitividad de las Empresas el cual buscaría integración de las E.S.E. a una Cadena Global de Valor a través de informes de sostenibilidad con contenidos específicos sectoriales, enfocándonos hacia el grupo de valor

## **II. COMPONENTE EVALUACIÓN DEL RIESGO.**

### **2.1. Lineamientos de Política.**

Se tiene disponible en la intranet la Política de Gestión de Riesgos, la política está en el proceso de actualización según lo determina el MIPG, cuando se logre su aprobación esta debe ser socializada, ampliamente, al igual que los componentes para su administración.

La Gestión de Riesgos se esta realizando mediante la herramienta desarrollada (MATRIZ POR PROCESOS PARA GESTION DEL RIESGO) para su seguimiento permanente por parte de cada líder de Gestión.

### **2.2. Análisis del riesgo.**

Con base en este análisis por parte de cada Líder de Proceso, quienes determinaron controles por cada riesgo, y el análisis a los mismos, observaron que al ser aplicados se definía un riesgo residual en cada proceso; el que permite evidenciar el contorno del riesgo de SALUD SOGAMOSO E.S.E. Determinando los riesgos de mayor criticidad, los cuales para el Plan de Acción determinado deben ser priorizados para evitar su materialización y así lograr la mitigación del mismo; Se observo que se debe trabajar para lograr la conversión de los mismos en oportunidades es decir el **riesgo positivo**, en pro del mejoramiento Continuo.

**2.3. Evaluación del riesgo** Cada responsable de proceso se compromete en realizar seguimiento a los controles implementados para mitigar el riesgo dejando constancia con evidencias, en la opción de seguimiento de la matriz de riesgos, es decir debe realizar permanentemente la autoevaluación.

### **2.4. Monitoreo y revisión.**

De acuerdo a las oportunidades de mejora que se desprenden de la autoevaluación de Índice de madurez de la Gestión del Riesgo, se determina un plan de mejoramiento dentro del marco de referencia en la Gestión del riesgo institucional, dado que dicho l mejoramiento es gradual se está trabajando en la priorización de dichas oportunidades de mejora.

### **2.5. Mapa de riesgo.**

El mapa de riesgos consolidado corresponde a una herramienta que nos ayuda a evidenciar en forma general la criticidad del mismo, en pro de su intervención, por parte del comité MECI

## **III. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.**

**3.1. Indicadores de Gestión.** No hay reporte de información. | 123456790|CITA

**3.1.1**Diseñar y llevar a cabo las actividades de control del riesgo en la entidad

**A. Para lo cual se deben Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos, lo cual estaría a cargo de cada líder de Proceso, con el apoyo de Planeación así:**

1. Asignar responsables de cada línea de acción de los procesos.
  2. Implementar las mesas de trabajo de cada Líder con su talento Humano de apoyo de tal manera que se dé cuenta de la gestión y los recursos requeridos para mitigar riesgos de cada uno de los procesos.
  3. Dejar evidencia de las decisiones que se toman en actas de Mesas de trabajo internas, comités y demás escenarios donde se gestan acciones para mitigar riesgos.
  4. por parte de la Coordinadora de Oficina de Control Interno, realizar acompañamiento a cada Líder de Proceso para incentivar a los servidores Públicos en la administración del Riesgo y el autocontrol.
- En el diseño organizacional deben establecerse las políticas y procedimientos que ayuden a que las normas de la Entidad se ejecuten con una seguridad razonable para mitigarse de forma eficaz los riesgos.

A la fecha se están revisando los Planes de Acción determinados por cada Líder de Gestión de Proceso, por lo cual aun no se ha logrado determinación del indicador de eficiencia, eficacia correspondiente a este indicador de gestión.

#### **B. Definir controles en materia de TIC.**

1. Dentro del mapa de riesgos del proceso de Gestión de Tics, se han definido los riesgos inherentes al tema y controles eficaces en aspecto técnico tradicional de la seguridad informática, aunque se sigue en la identificación de los mismos, dadas la circunstancias, toda vez que no es suficiente para hablar de todos los riesgos que pueden entorpecer el objetivo de la seguridad informática. Es necesario realizar evaluación a los activos de la información, identificar amenazas para mitigar hasta alcanzar un nivel mínimo de aceptabilidad, motivo por el que habrán de implementar medidas de seguridad oportunas para tal efecto
2. Actualizar y Crear (faltantes) los documentos de Gestión de TICS de tal manera que se registren los controles establecidos acorde a cada metodología estandarizada mediante planes, procedimientos e instructivos.
3. Según los principios establecidos, para la Gestión TIC, están basados en Principio de Excelencia en el servicio al ciudadano, estandarización, eficiencia Operativa, racionalización. Inversión Efectiva, Sostenibilidad, Seguridad, Viabilidad en el mercado, Interoperabilidad (CNT, ENTERPRISE), neutralidad Tecnológica:

Se tiene establecido el Plan de Contingencias con Recursos Informáticos  
Políticas de seguridad y Privacidad de la Información con un enfoque de gestión integral del riesgo

Mientras que para:

El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI), se encuentran en Construcción

Los Indicadores de Medición de Eficiencia, Eficacia, Efectividad e inherentes se encuentra, en desarrollo, con base en los resultados obtenidos de los diferentes Planes y Programas.

SE DEBE TENER EN CUENTA Que:

- Información pública como derecho
- La información debe ser un producto y servicio de calidad
- Trazabilidad y Auditoría
- Sistemas nacidos para integrarse e interoperar
- Pactar acuerdos de niveles de servicio, Pago por consumo

- Plataforma para envío simultaneo de mensajes, a través de la Telefónica Movistar SMS
- Procesos de gestión del cambio, la cual es constante en CNT y Pagina WEB.
- La tecnología debe ser divertida, amigable, útil Y accesible.
- Estrategia de comunicación PAULA POR FA.

### **C. Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control**

1. Se evidencia que por parte del Área de calidad y Proceso de Planeación se esta en el transcurso de Revisar las caracterizaciones de los procesos y actualizar las políticas de operación acorde a nuevos lineamientos del MIPG; donde se han revisado y determinado una versión de punto final de una etapa e inicio de otra y se establece una nueva versión de documentación si hubiere la necesidad.

2. Una vez terminada esta etapa se debe socializar los cambios aplicados en mesas de Trabajo y posteriormente en Comité de gestión y Desempeño, para que se replique con su equipo colaborador.

3. Posteriormente para su evidencia se revisaran las evidencias y mejoramiento continuo Dejar evidencia en actas

Fortalecer el desarrollo de las actividades de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG

### **D. En el marco estratégico (Direccionamiento Estratégico y Planeación)**

Se constituye en la plataforma sobre el cual se desarrolla de la gestión de la entidad, en la medida en que traza la hoja de ruta para la ejecución de las acciones a cargo de toda la entidad, y es determinante para encaminarla al logro de los objetivos, metas, programas y proyectos institucionales.

1. A partir del informe cuatrimestral de junio 30 del 2018, y con base en los resultados de cada Auto diagnostico del FURAG, emitido por el DAFP, una vez establecida la línea base se inicio el análisis sobre las calificaciones del Departamento de Administración de la Función Publica, se emitió el plan de acción a desarrollar con tiempos y movimientos por cada Líder de Proceso, y así iniciar implementación del MIPG.

2. Para el desarrollo del Plan de Acción de direccionamiento Estratégico y Planeación, la Líder organizo su Talento humano de apoyo y así formar sus mesas de trabajo para el desarrollo del Plan de Acción con el proceso de Gestión Estratégica quien está a cargo de la Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación.

3. Se deben Establecer lineamientos claros dentro de la Plataforma estratégica que permita dar cumplimiento al tema de control de riesgos (los riesgos deben tener alcance a todos los riesgos Institucionales comprendidos dentro de los Sistemas aplicables al MIPG.

4. Se debe Actualizar los documentos que sean necesarios del proceso de Gestión Estratégica y demás procesos que apliquen y formalizarlos.

5. Posteriormente se deben Divulgar cambios a las partes interesadas y dejar evidencia de dicha divulgación.

**E. De otra parte, en cada uno de los aspectos de la dimensión de gestión para resultados tenemos:**

Los responsables deberán adoptar mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones, la eficacia y la eficiencia operacional de la entidad y la corrección oportuna de las deficiencias.

La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación y se comprueba por medio de la auditoría interna, Que SALUD SOGAMOSO E.S.E., cuente con :

Una estructura jerárquica definida que permita denotar líneas de autoridad responsabilidad en cada función.

Segregación adecuada de funciones.

Control sobre las transacciones contables (autorización, aprobación, ejecución y registro).

Planes y presupuestos que fijen metas específicas a cada proceso, programa y proyecto

Todo lo cual esta encaminado a:

- Obtener información correcta segura y oportuna
- Proteger recursos de la entidad
- Prevenir errores, irregularidades o el descubrimiento oportuno de aquellos
- Procurar eficiencia en las operaciones.

**F. La alta dirección de la entidad le corresponde hacer seguimiento**

A la adopción, implementación y aplicación de los controles, al igual que de los medios, mecanismos y procedimientos de control que aseguren que sus competencias se ejerzan y las actividades se llevan a cabo eficaz y eficientemente para la obtención de los resultados pretendidos

Todo lo cual debe estar previamente organizado mediante.

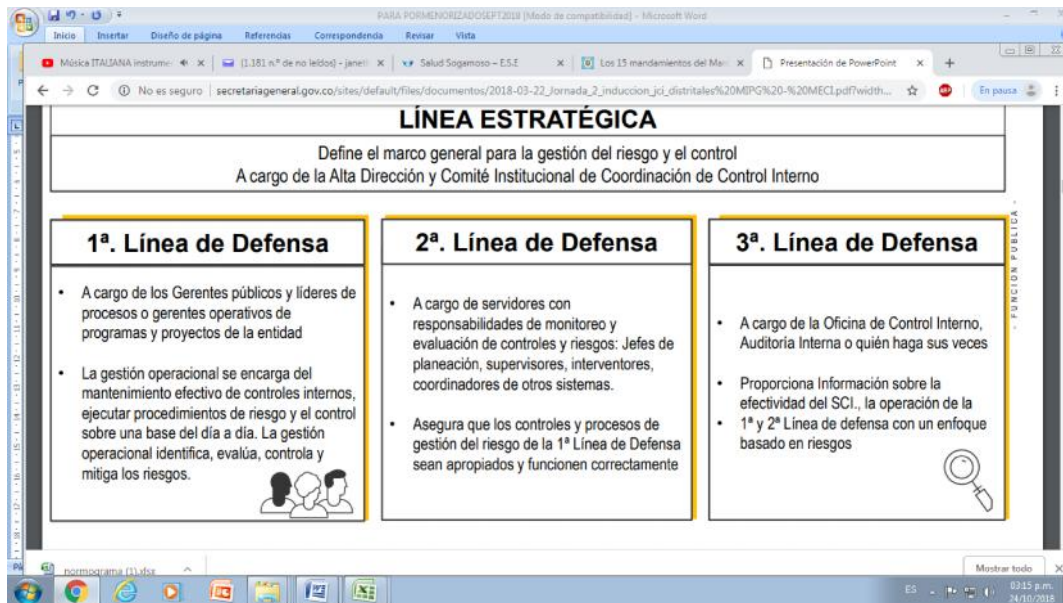
1. La realización de mesas de trabajo dentro de cada subdirección y dejar evidencia de los controles y de las decisiones que se toman con relación a los resultados del proceso.
2. Efectuar Revisión por la dirección de tal manera que se tomen decisiones a nivel directivo y se alcancen los propósito del MIPG.

**G. Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI, con base en el siguiente análisis de MIPG**

1. Revisar la Resolución mediante la cual se organizo el Equipo MECI, así como sus funciones alcances y demás para efectos de determinar la gestión del mismo, el cual debe ser ajustado con base en las Líneas de defensa de MIPG.
2. Los cambios a que hubiere lugar deben ser socializados, por parte de la coordinadora MECI.
3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG.
4. Dejar evidencia de lo anterior para que soporten los informes derivados de la Oficina de Control Interno.

Las Tres líneas de defensa deben ser con base en las directrices determinadas por EL DAFP





H. Garantizar un adecuado desarrollo de actividades de control requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.

1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente.
2. Socializar los cambios en las instancias correspondientes.
3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG.
4. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno.

#### **IV. COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

##### **4.1. Dimensión Información y Comunicación.**

###### **4.1.1. Sistemas de Información**

Se realiza monitoreo de las actividades realizadas a través de internet, telefonía e impresión y se toman los correctivos necesarios a través de los líderes de Proceso.

Se está desarrollando actividades de Niif, se cuenta con Estados Financieros bajo NIIF, según publicaciones en [https://www.saludsogamoso.gov.co/?page\\_id=8074](https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8074). Sin embargo en el momento se está actualizando los programas de Inventario, Pacientes. Se esta desarrollando los programas bajo NIIF, de costos, Nomina.

###### **EFFECTUAR EL CONTROL A LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL**

Obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.

1. Terminar los procedimientos, políticas o documentos, formatos, que se encuentran en desarrollo y que dan respuesta a procesos misionales; dentro de los que ya se

cuenta con : PQRSF, Ubicación de UBAS, Indicadores de Satisfacción del Usuario, Deberes y Derechos, Asignación de Citas, Sistema de Información y Atención al usuario, Preguntas y respuestas frecuentes. En [https://www.saludsogamoso.gov.co/?page\\_id=8012](https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8012).

2. Realizar ajustes al Sistema de Medición Organizacional, de tal manera que se disminuyan las brechas en la información requerida.

En esta proyecto se trabaja diariamente, en forma de lograr una comunicación fluida y accesible a usuarios Internos y Externos.

Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

En el cual se está trabajando en la publicación correcta y oportuna de la Intranet, buscando la Información Total y Veraz de toda la Información pertinente.

De otra parte se esta realizando frecuentemente las siguientes actividades:

1. Realizar Mesas de Trabajo.
2. Realizar comités institucionales si lo exige la norma.
3. Comunicar a todas las partes interesadas información institucional y su desempeño.
4. Dejar evidencias de las decisiones tomadas en actas.

La comunicación con los Grupos de Valor Interno y externo que afectan el funcionamiento del Control Interno, derivo en la necesidad de:

#### **ASIGNAR LAS RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON LAS LÍNEAS DE DEFENSA DEL MECI,**

Tema sobre el que se ha estado trabajando, propendiendo por la Minimización de los Riesgos e implementando los planes de acción derivados de los Auto diagnósticos.

Garantizar un adecuado desarrollo del control de la información y la comunicación requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, así como de mecanismos para la prevención y evaluación de éste a partir de:

1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente.
2. Socializar los cambios en las instancias correspondientes.
3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG.
4. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno

#### **4.1.2. Desarrollo Tecnológico.**

##### **Debilidades**

- A pesar de realizar una convocatoria abierta para audiencia pública de rendición de cuentas, se presenta no mucha afluencia de asistentes.

-Gestión documental.

**Oportunidad en la respuesta a los derechos de petición. Número de derechos de petición sin respuesta oportuna: xx que corresponde alxxx de los xxxxx derechos de petición recibidos.**

Estado de las Tablas de Retención. Una vez se realizo

Revisar si se realizo Inscripción en el Registro Único de Series Documentales; aún no se ha realizado, toda vez que la convalidación fue realizada mediante acuerdo del 24

de Octubre del 2018, las que fueron radicadas, ante el órgano competente desde el día 6 de diciembre del 2017, es decir 11 meses para su convalidación.

Por tal Motivo, a la fecha se proyecta en el plan de acción del 2019, dando cumplimiento a

Fortalezas. - El software de Ventanilla Única, del Proceso de Gestión y Trámite,

Debilidades. – Respuestas de los derechos de petición se están realizando.

#### **4.1.3. Plan de comunicaciones. Aplica la información de los ítems de comunicación interna y externa**

#### **4.1.4. Transparencia y lucha contra la corrupción. Se publica y se mantiene actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014.**

**4.1.5. Participación ciudadana. Dando cumplimiento a la Política de Participación Social en Salud,** permanentemente por los diferentes medios Institucionales y de forma personalizada, se promueve en los usuarios el derecho a hacer parte de la asociación de usuarios; Se estableció el formato DE PQRSF. Se realiza acompañamiento a los diferentes espacios de participación que por norma corresponden a las IPS como el Comité de Ética Hospitalaria y Asociación de Usuarios, los cuales están debidamente constituidos.

#### **Fortalezas**

- Desde la alta dirección se brinda apoyo para promover los espacios de participación.

- Debido a las características propias de los usuarios atendidos, la Asociación de Usuarios no está fortalecida.

#### **Debilidades**

### **V. COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO.**

#### **5.1. Dimensión Evaluación de Resultados.**

**5.1.1. Evaluación del Clima Laboral.** Se programará la encuesta de satisfacción del cliente interno para el mes de Octubre de la cual extraerán las preguntas que hacen parte de la evaluación del Clima laboral.

Para la medición de clima laboral en el mes de agosto de 2018 se aplicó encuesta a una muestra de los colaboradores de Salud Sogamoso E.S.E. con respecto al clima laboral, a continuación se realiza la descripción de los principales aspectos observados en las encuestas diligenciadas durante el primer semestre de 2018.

**METODOLOGÍA** La medición de la Encuesta del clima laboral se realizó de acuerdo con la información suministrada por cada una de los colaboradores que participaron en el diligenciamiento de la encuesta GTH-F-009 ENCUESTA CLIMA LABORAL.

TEMAS Evaluación de Contenido, Metodología, Observaciones

FECHA DE APLICACIÓN 10 de Agosto de 2018

PERÍODO EVALUADO: Primer Semestre 2018

POBLACIÓN ENCUESTADA: 124 Colaboradores

La medición del Clima laboral realizado en Salud Sogamoso E.S.E. tiene como fin evaluar la percepción que los trabajadores tienen acerca de la entidad con respecto al nivel de satisfacción en nueve dimensiones tenidas en cuenta para este estudio que son:

**Conflicto y cooperación:** Entendido como el nivel de colaboración y trabajo en equipo que se observa entre los empleados en el desarrollo del trabajo y los apoyos materiales y humanos que éstos reciben de su organización.

**Relaciones Sociales:** En esta área se evalúa el tipo de ambiente social que se respira en la empresa.

**Rendimiento:** Comprendido como la relación que existe entre la remuneración y el trabajo bien hecho conforme a las habilidades del ejecutante.

**Apoyo:** En este aspecto se evalúa la percepción que los trabajadores tienen acerca del tipo de apoyo que da la alta dirección a los trabajadores. Para crear un ambiente físico sano y agradable.

**Estructura:** Directrices, consignas y políticas que puede emitir una organización y que afectan la forma de realizar una función, es decir la percepción que tienen los empleados de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites y otras limitaciones.

**Remuneración:** Es la percepción que tiene cada trabajador acerca de la forma en la que es remunerado su trabajo.

**Autonomía:** Evalúa el grado de libertad que el trabajador tiene en la toma de decisiones y en la resolución de problemas.

**Motivación:** Es el grado de exaltación sobre las rutinas que llevan a los empleados a trabajar más o menos intensamente y responder a sus necesidades.

**Identidad:** Comprendida como el sentimiento de pertenencia a la organización. La sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización

Comprender la percepción de los colaboradores sobre la empresa, si cumple con el interés de que estos se desarrollen en un clima laboral agradable, con retos, logros, productividad, satisfacción e innovación, de esta forma, los resultados de la empresa tienden a mejorar, dado que el comprender los puntos de vista de los trabajador permite a la empresa y encargados de esta realizar planes de mejora frente a los aspectos que se perciben como deficientes.

Se aplicó la encuesta de clima laboral a un total de 124 colaboradores de las distintas áreas de la empresa como lo son: auxiliares de enfermería y odontología, enfermeras y enfermeros, jefes de enfermería, profesionales médicos, profesionales área asistencial y profesionales área administrativa.

La encuesta contaba con un total de 27 ítems con opción de respuesta tipo Likert (nunca, a veces, con cierta frecuencia, casi siempre y siempre, paralelo se daba la opción de respuesta muy malo, malo, regular, bueno, muy bueno. A su vez muy bajo, bajo, regular, alto y muy alto). Las preguntas se orientaban a dar respuesta a las dimensiones de: conflicto y cooperación, relaciones sociales, rendimiento, apoyo,

INFORME CLIMA LABORAL SALUD SOGAMOSO E.S.E					
	Nunca/muy malo/muy bajo	A veces/malo/bajo	Con cierta frecuencia/R regular	Casi siempre/bueno/Ato	Siempre/muy bueno/muy alto
<b>conflicto y cooperacion</b>					
1. ¿En mi oficina se fomenta el trabajo en equipo?	2	26	28	33	35
18. Para el desempeño de mis labores mi ambiente de trabajo es	0	1	36	79	8
19. ¿La relación entre compañeros de trabajo en la institución es?	0	0	23	16	85
<b>Relaciones Sociales</b>					
2. ¿Existe comunicación dentro de mi grupo de trabajo?	3	22	25	55	39
3. ¿Existe comunicación fluida entre mi área y la sede central?	4	29	33	52	6
<b>Rendimiento</b>					
4. ¿Siento que me alcanza el tiempo para completar mi trabajo?	12	56	25	26	5
22. La distribución de la carga de trabajo que tiene mi área es:	0	12	62	42	8
<b>Apoyo</b>					
5. ¿Los jefes en la institución se preocupan por mantener elevado el nivel de motivación del personal?	6	38	35	33	12
6. ¿La institución cuenta con planes y programas específicos destinados a mejorar mi trabajo?	6	33	31	32	22
7. ¿La institución otorga buenos y equitativos beneficios a los trabajadores?	3	41	35	25	20
10. ¿Siento apoyo de mi jefe cuando me encuentro en dificultades?	2	20	42	35	25
11. ¿Mi jefe me respalda frente a sus superiores?	3	20	0	43	23
14. ¿Mi jefe me proporciona información suficiente, adecuada para realizar bien mi trabajo?	1	22	25	38	38
15. Mi jefe me brinda la retroalimentación necesaria para reforzar mis puntos débiles según la evaluación de desempeño?	3	5	28	38	48
23. ¿El nivel de compromiso por apoyar el trabajo de los demás en la institución es?	0	12	34	48	30
<b>Estructura</b>					
8. En la institución las funciones están claramente definidas?	34	13	22	36	19
20. El nivel de recursos (materiales, equipos de infraestructura) con los que cuento para realizar bien mi trabajo es	0	4	17	40	28
<b>Remuneración</b>					
9. ¿Las remuneraciones están a nivel de los sueldos de mis colegas en el mercado?	6	8	38	37	35
21. Mi remuneración comparada con la que otros ganan, está acorde con mis responsabilidades	4	7	38	40	35
<b>Autonomía</b>					
12. ¿Mi jefe me da autonomía para tomar las decisiones necesarias para el cumplimiento de mis responsabilidades?	6	9	29	35	45
17. ¿Los problemas personales afectan mi desempeño laboral?	4	6	33	46	35
<b>Motivación</b>					
13. ¿Participo de las actividades culturales y recreacionales que la organización realiza?	3	4	42	39	36
16. ¿Los jefes reconocen y valoran mi trabajo?	6	4	60	18	36
<b>Identidad</b>					
24. ¿Cómo califica su nivel de satisfacción por pertenecer a la institución?	0	8	0	68	48
25. ¿Cómo califica su nivel de satisfacción con el trabajo que realiza en la institución?	0	12	0	60	52
26. ¿Cómo calificaría su nivel de identidad con la institución?	1	0	12	44	67

Teniendo en cuenta los aspectos no favorables encontrados en este proceso se ve la importancia y la necesidad de implementar estrategias que permitan mejorar el ambiente laboral en el que los trabajadores se encuentran con el fin de aumentar el rendimiento de los mismos.

Para esto, se debe intervenir e incluir aspectos como:

➤ **Programa de reinducción:** Específica al cargo donde se indique claramente la responsabilidad y funciones que se deben desarrollar, a quien se debe reportar y aquellos aspectos necesarios que sobre el cargo se deba saber para sentirse parte del área y desarrollar adecuadamente las funciones. Este programa es importante porque desde el momento que ingresa una persona a la Entidad, se comienza a construir el sentimiento de pertenencia que determina a mediano y largo plazo el nivel de compromiso y motivación. Adicional a esto se propone una evaluación para determinar el nivel de comprensión por parte de los colaboradores después del ejercicio desarrollado.

➤ **Manual de Funciones:** contar con un manual de funciones actualizado a nivel institucional. El jefe inmediato debe asegurarse que cada servidor conozca las responsabilidades y obligaciones de su cargo.

➤ **Buzón de sugerencias electrónico:** a fin de mantener un canal permanente de comunicación en doble vía, y que el funcionario tenga la oportunidad de hacer propuestas, dar opiniones o hacer comentarios dentro de las normas de respeto y sana convivencia. Reconocimientos para quienes presenten proyectos que optimicen algún proceso o beneficien a la Entidad.

➤ **Programa de Capacitación:** la distribución equitativa de oportunidades para todos en función de lo que realmente la persona necesita para mejorar el desempeño. Trabajar alternativas de capacitación que no estén siempre asociadas a cursos y seminarios. Lograr que los funcionarios asuman ciertas responsabilidades para auto-desarrollarse a través de la lectura y videos especializados, actividad a la cual se le haga seguimiento y se pidan resultados en tiempo prudencial. Impartir capacitaciones periódicas en mecanismos para la solución de conflictos a los jefes y funcionarios en general.

➤ **Actividades de integración: continuar con actividades de Bienestar** que permitan fortalecer las áreas de trabajo. Además permite que los colaboradores se conozcan entre sí, mejorando los canales de comunicación y reduciendo tensiones entre los mismos lo que beneficia la salud mental y emocional de todos los funcionarios.

➤ **Programa de reconocimientos e incentivos:** que incluya reconocimiento a los colaboradores que superan las expectativas o metas señaladas. Es importante hacer reflexionar al funcionario sobre las ocasiones en que ha hecho su trabajo de forma meritoria, sin dejar de lado que por principio a una persona no se le felicita por hacer bien su trabajo, pues esa es su responsabilidad y se da por descontado que lo hará muy bien.

➤ **Condiciones físicas:** entender la importancia que para un funcionario tienen las condiciones físicas, ergonómicas, higiénicas de espacio y comodidad al momento de adelantar sus funciones, esto se asocia con un trabajo más productivo. Por eso se hace importante intervenir en las condiciones inseguras.

#### **Fortalezas.**

- Conformación de los grupos en las actividades realizadas para intervenir los hallazgos.

##### 5.1.2. Evaluación del desempeño laboral

Evaluación del desempeño laboral. Sistema de medición de desempeño realizó valoración del desempeño para el periodo comprendido de 15 de enero a 31 de julio 2018 para los colaboradores, todos con calificación satisfactoria.

5.1.3. Seguimiento al Plan de Austeridad. Se ha solicitado a la Dirección Financiera el respectivo plan de austeridad y su seguimiento

5.1.4. Enfoque de autoevaluación. Durante este periodo se realizó la autoevaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de las siguientes dimensiones:

#### **Dimensión Talento Humano.**

##### 1. Política de Gestión Estratégica del Talento Humano.

Etapa 1 Disponer Información tener dispuesta esta etapa con información actualizada en el proceso de Gestión Humana archivo de gestión.

Etapa 2 Diagnosticar el GETH Se realiza diagnostico con la Matriz herramientas fundamentales de la política: la Matriz de GETH, incorporada en el instrumento de autodiagnóstico de MIPG Calificación de la Matriz del GETH: Falta por ejecutar, para calificar la entidad en: Básico Operativo: se cumplen los requisitos básicos de la política De Transformación: la entidad adelanta una buena gestión estratégica del talento humano, aunque tiene aún margen de evolución a través de la incorporación de buenas prácticas y el mejoramiento continuo De Consolidación: significa que la entidad tiene un nivel óptimo en cuanto a la implementación de la política de GETH, y

adicionalmente, cuenta con buenas prácticas que podrían ser replicadas por otras entidades públicas.

Etapa 3. Revisar y Actualizar el plan de acción.

Etapa 4. Ejecutar el plan de acción, liderado por la coordinadora de GETH.

Etapa 5. Evaluación del GETH.

2. Política de Integridad, se hace necesario definir: - DRA ANDREA

- Plan de mejora en la implementación del Código de Integridad.

- Paso 1. Generar espacios de retroalimentación que permitan recolectar ideas que ayuden a mejorar la implementación del Código de Integridad.

- Paso 2. Fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento de los contenidos del Código de Integridad. - Ejecutar el Plan de gestión del Código de integridad.

- Evaluación de Resultados de la implementación del Código de Integridad.

- Conflicto de intereses.

- Guía de Administración Pública Conflictos de interés de servidores públicos. - Rutas de valores.

Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación. Política de Planeación Institucional. Se evaluaron XXX criterios. (Hallazgos en temas como: gestión del presupuesto desde la ejecución de los proyectos, riesgos estratégicos)

Dimensión Gestión con Valores para Resultados. Se realizó diagnóstico y línea base para la estrategia Gobierno Digital: En los componentes: TIC para Gobierno Abierto, TIC para servicios, TIC para la Gestión y Seguridad y privacidad de la información. Se evaluaron también las políticas:

5.1.5. Revisión por la Dirección Y Calidad.

La revisión por la dirección se constituye en uno de los requisitos verificables en los diferentes elementos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de SALUD SOGAMOSO E.S.E. y es el instrumento por medio del cual la alta dirección concluye sobre la Adecuación, Eficacia y Conveniencia del sistema y su impacto en las partes interesadas..

- Compromiso de la alta dirección con la implementación, mantenimiento y mejoramiento de Estándares de calidad en los diferentes procesos organizacionales.

#### **Debilidades.**

Estructurar un informe en el cual se consoliden los resultados e impactos en las partes interesadas de la implementación de los estándares y/o requisitos de los elementos del sistema integrado de gestión de la calidad y le permita a la alta dirección emitir un concepto sobre la adecuación, eficacia y conveniencia del sistema

5.1.6. Control Interno Contable – Seguimiento. Entre las actividades realizadas están las

**siguientes:**

Se vienen registrando avances en: Fortalecer el tema de las políticas contables en cuanto a su socialización, publicación, codificación, normalización, seguimiento y verificación de cumplimiento.

Documentar procedimiento para realizar conciliaciones.

Depurar permanentemente los saldos de vigencias anteriores conciliando con las diferentes EAPB contratantes de servicios de salud.

Garantizar la contabilización de los hechos económicos en el mismo periodo contable.

Fortalecer la socialización de las estrategias para la depuración de cuentas y sostenibilidad de la información contable.

#### 5.1.7. Plan de Auditorías Independientes.

Desde el mes de enero de 2018, se han ejecutado las siguientes auditorías:

Auditorias concurrentes Facturación, Cartera, Caja menor

Revisión y Análisis de Contratación hasta ley de Garantías.

Farmacia de Móvil, Farmacia periféricas, Farmacia Centro.

Almacén Bodega.

Archivo y gestión Documental.

Gestión del Riesgo.

Se realiza revisión y análisis de los informes cuatrimestrales de seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

#### 5.1.8. Fortalecimiento Oficina de Auditoría Interna.

Actualmente se vienen revisando los procesos de la Oficina de Auditoría Interna, los indicadores de Gestión del proceso de Auditoría Interna y la metodología para la medición de la percepción ética.

### **Debilidades**

Aún está pendiente de reorganización del Plan de Auditorías, las cuales deben basarse en riesgos. Lo que tendrá impacto en la consecución de los Objetivos Institucionales.

#### 5.1.9. Auditorías de certificación externas.

No se han requerido.

#### 5.1.10. Plan de Mejoramiento Archivístico Se realizaron las siguientes actividades.

En la Vigencia se logró la convalidación que fue realizada mediante acuerdo del 24 de Octubre del 2018, las que fueron radicadas, ante el órgano competente desde el día 6 de diciembre del 2017.

A la fecha se está en el proceso de Aprobación del Plan general documental, por parte del Comité de Gestión y Desempeño.

### **Fortalezas –**

Con su aplicación se cumple con la normatividad archivística, en el archivo de gestión se optimizan los espacios.

Con la optimización de los equipos para aumento en el almacenamiento digital, se mejoran los medios para dar seguridad a la información y de esta manera brindar protección del documento en soporte papel.



Inmediatez para el acceso a la información, seguridad de la información, protección del documento en soporte papel, centralización de los archivos que brinda manejo técnico de la información y más tiempo para cumplir con los objetivos de sus procesos.

Personal idóneo en la planta de cargos para que realice la aplicación de las tablas de retención.

### **Debilidades**

- Resistencia al cambio desde todos los ámbitos del manejo documental.

#### 5.1.11. Plan de Mejoramiento Institucional.

Como estrategia de capacitación se ha adoptado cada 15 días la capacitación para todo el personal. y se aplica una evaluación por cada líder sea en forma presencial o virtual para evaluar la apropiación de aprendizajes.

Se realiza Inducción a todo el personal que ingresa a SALUD SOGAMOSO E.S.E. De igual manera se realizó reinducción según el cronograma establecido para cada área.

## **VI. ESTADO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO.**

1. Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad

1.1. Aplicar evaluaciones continuas y/o independientes para determinar el avance en el logro de la Meta estratégica, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno.

Lo cual se está evaluando a través de las actividades de:

1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.
2. Evaluar el cumplimiento al Programa de Auditoría liderada por el área de Calidad.
3. Solicitar el informe de la Realización de las Mesas de Calidad.
4. Realizar Mesas De Trabajo, respecto al riesgo y Autodiagnósticos, con cada Líder de Proceso.
5. Verificación de la Realización comités institucionales.
6. Verificar la Revisión por la Dirección y Planeación.
7. Comunicar a todas las partes interesadas información institucional y su desempeño.
8. Dejar evidencias de las decisiones tomadas en actas.
9. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales.

1.2. Se lleva a cabo la Evaluación y comunicación de las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas.

Para SALUD SOGAMOSO E.S.E. Entidad que implementa MIPG, toma este componente como transversal a todas las dimensiones, por cuanto evalúa de manera independiente los resultados que se esperan para cada una de ellas, Para la dimensión de Evaluación para resultados, es imprescindible toda vez que en la etapa de seguimiento y monitoreo de los controles se pueden corregir en tiempo real las desviaciones encontradas frente al logro de las metas y objetivos planeados, en lo que corresponde al seguimiento y monitoreo a los controles es posible corregir en tiempo real, las desviaciones encontradas frente al logro de las metas y objetivos planeados. Se están desarrollando las siguientes actividades

1. La oficina de Control Interno, como punto de partida debe revisar todo lo correspondiente a la Administración, Gestión, Evaluación y Monitoreo del riesgo, toda vez que las auditorías adquieren un aspecto relevante con respecto al que se deben basar en ellos, así la Oficina de control Interno, inicio con informes frente al cumplimiento del MECI de tal manera que se documenten las acciones a las que haya lugar y formalizarlas ante el CCI.
2. Se están realizando Informes y Auditorías que son Generados y entregados a la Dirección Administrativa como representante legal.
3. Se realizan seguimiento a los Planes de mejoramiento a que haya lugar aplicable al período 2018 de tal manera que se evidencie el grado de avance en la gestión por proceso.
4. Se proyecta Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento de requerirse, derivado de la Revisión por la Administración.

1.3 Se lleva evaluación continua o autoevaluación llevando a cabo el monitoreo a la operación de la Entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se realiza la evaluación, su diseño y operación en lapso determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental es el de que se pueda tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño. Todo se realiza con base en los seguimientos que la Entidad realiza bimensualmente como son:

1. Realizar seguimiento al Plan de Acción Anual.
2. Realizar seguimiento al PAMEC
3. Realizar seguimiento a todos los planes requerientes

1.4. La oficina de Control Interno comprueba que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales. Motivo por el que la autoevaluación corresponde al mecanismo de verificación y evaluación, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su Objetivo General.

La autoevaluación se convierte en un proceso periódico, en el cual participa los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos, según el grado de responsabilidad y autoridad para su operación.

La Oficina de Control Interno, toma como base los criterios de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones. Para lo cual se debe:

1. Realizar comités DE MESAS DE TRABAJO
2. Dejar actas donde se evidencien decisiones.

1.5. La Coordinación de la oficina de Control Interno cree oportuno reconocer que las auditorías (cualquiera que sea su ámbito) estando bajo su responsabilidad, es indispensable el apoyo de los líderes de cada uno de los procesos desarrollados en la Entidad

En segundo lugar, las evaluaciones independientes se llevan a cabo de forma periódica, por parte de la oficina de control interno o quien haga sus veces a través

de la auditoría interna de gestión. Estas evaluaciones permiten determinar si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva. Las evaluaciones, independientes a los componentes varían en alcance y frecuencia, dependiendo de la importancia del riesgo, de la respuesta al riesgo y de los resultados de las evaluaciones continuas o autoevaluación.

1.6. La auditoría se constituye en "una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, Y control"

La auditoría es una herramienta de retroalimentación del SCI y de MIPG que analiza las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados, lo cual influye en los resultados y operaciones propuestas en la entidad.

La actividad de auditoría interna debe retroalimentar a las entidades en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos promoviendo la mejora continua. Así mismo, para formarse una opinión sobre la adecuación y eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control -y de esta manera emitir juicios de valor- las oficinas de control interno deben basarse en las evidencias obtenidas en el ejercicio de auditoría.

1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.
2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoría Integral liderada por el área de Calidad.
3. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales.

1.7. Es por ello que la oficina de control interno elabora un plan de auditoría anualmente y selecciona los proyectos, procesos y actividades a ser auditados que deben ser basados en un enfoque de riesgos documentado, alineados con los objetivos y prioridades de la entidad, y desarrollar en adecuados procedimientos para obtener suficiente evidencia para evaluar el diseño y la eficacia de los procesos de control en los diferentes procesos y actividades de SALUD SOGAMOSO E.S.E. Este plan debe ser flexible para poderse ajustar durante la vigencia, según requerimientos como consecuencia de cambios en las estrategias de la dirección, condiciones externas, áreas de mayor riesgo o modificación a los objetivos de la entidad

1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.
2. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales.

1.8. De otra parte, en desarrollo del rol de evaluación y seguimiento, el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, debe adelantar la evaluación del control interno contable con criterio de independencia y objetividad, teniendo en cuenta los lineamientos que, para el efecto, establezca la Contaduría General de la Nación.

El Informe Anual de Evaluación del Control Interno Contable se efectúa en cada vigencia con corte al 31 de diciembre de cada periodo contable, y se presenta mediante el diligenciamiento y reporte del formulario por medio del cual se hacen las valoraciones cuantitativa y cualitativa.

1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.
2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoría Integral liderada por el área de Calidad.

3. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales.
4. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente.
5. Socializar los cambios en las instancias correspondientes.
6. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG.
7. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno.
8. Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI

1.9. Garantizar un adecuado desarrollo de la auditoría interna requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.

### **Normativa.**

Decreto 1499 de 2017, por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, en lo atinente a Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno.

Decreto 648 de 2017 en especial el artículo 16 que adiciona el artículo 2.2.21.4.9. Informes al Decreto Nacional 1083 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública

El Decreto Nacional 1083 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, establece:

Título 21. Sistema de Control Interno.

Capítulo 2. Instancias de articulación y sus competencias: Artículo 2.2.21.2.5. Evaluadores, en su literal e) establece: "Las Oficinas de Coordinación del Control Interno o quien haga sus veces de las entidades y organismos del sector público, verifican la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana".

Título 21. Sistema de Control Interno.

Capítulo 3. Sistema Institucional Nacional de Control Interno, así definido por el Art.7 del Decreto 648 del 19 de abril de 2017, dispone lo siguiente:

Artículo 2.2.21.3.4. Planeación. Establece: "a) (sic) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces: Evalúa el proceso de planeación, en toda su extensión; implica, entre otras cosas y con base en los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores definidos, un análisis objetivo de aquellas variables y/o factores que se consideren influyentes en los resultados logrados o en el desvío de los avances. La identificación de estas variables, su comportamiento y su respectivo análisis permite que la formulación de las recomendaciones de ajuste o mejoramiento al proceso, se realice sobre soportes y criterios válidos y visibles fortaleciendo así la función asesora de estas oficinas".

Artículo 2.2.21.3.5 Organización. Establece: "b) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces: Evalúa que estén claramente definidos los niveles de autoridad y responsabilidad y que todas las acciones desarrolladas por la entidad se enmarquen dentro de este contexto".

Artículo 2.2.21.3.6 Ejecución. Establece: "b) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, evalúa los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional".

Artículo 2.2.21.3.7 Evaluación. Establece: "d) La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces debe evaluar el sistema de control interno de la entidad, con énfasis en la existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos que lo conforman y presentar informes a la Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno de la entidad, con el propósito de que allí se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema".

6.2. Concepto Con fundamento en la información proporcionada por los líderes en cada uno de los componentes de los módulos y el eje transversal que sirvieron de base para la elaboración del presente Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado del Sistema Institucional de Control Interno de SALUD SOGAMOSO E.S.E., de julio a Octubre de 2018, se puede conceptuar que:

1. SALUD SOGAMOSO E.S.E., cuenta con un Sistema Institucional de Control Interno diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes. No obstante, es necesaria la revisión y ajuste permanente de los "puntos de control".

2. La Entidad tiene definidos los niveles de autoridad y responsabilidad en sus procesos. Afortunadamente se viene nombrando en propiedad en cargos claves de la organización especialmente en el área financiera. Es necesario garantizar el entrenamiento a los nuevos funcionarios integrantes de los grupos de mejoramiento para fortalecer las competencias en el ejercicio de autoevaluación de los estándares de acreditación.

3. Los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por la entidad, están alineados con los objetivos y resultados comunes e inherentes a su misión institucional. Sin embargo es conveniente estructurar y actualizar todos procesos institucionales.

4. Debe fortalecerse la evaluación y el control, no obstante que se cumple con los Informes periódicos requeridos, para tener mejor cobertura y oportunidad de las auditorías independientes a los procesos que deriven en recomendaciones de mejora al Sistema Institucional de Control Interno. Se recomienda adoptar las decisiones necesarias para que la elaboración de los Planes de Mejoramiento se realice oportunamente y se articulen con el modelo de mejoramiento institucional.

5. Es de resaltar que el presente Informe, incluye las **DEBILIDADES** observadas en cada uno de los componentes lo que muestra el interés de la entidad por procurar su mejoramiento continuo, entre las cuales se menciona: alta manualidad en el registro de las novedades y en la capacitación del personal, no iniciación de las actividades de bienestar programadas, débil cultura de gestión de proyectos, debido a la dificultad financiera no se hace la renovación necesaria para mantener las condiciones de actualización de la tecnología,

6. Se debe fortalecer la participación de los diferentes grupos de interés en la estrategia de la rendición de cuentas de la institución.

FUENTES: 1. Información diligenciada por los responsables en el formato diseñado por la Oficina de Auditoría Interna "Formato Informe Cuatrimestral Sistema Institucional de Control Interno", del período JULIO A OCTUBRE de 2018.

2. Informe de Avance Plan de Acción 2018.
3. Informe de Auditorías.
4. Seguimiento al Plan de Mejoramiento.

### **ESTADO GENERAL DEL CONTROL INTERNO**

Como resultado del seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno de SALUD SOGAMOSO E.S.E., observa que la entidad ha seguido implementando actividades en pro de la mejora Continua, la cual es indispensable que sea orientada a dar cumplimiento al Modelo Estándar de Control Interno 2014 y la revisión de la gestión de la entidad.

### **RECOMENDACIONES GENERALES**

1. Reanudar las reuniones del Comité del Modelo Estándar de Control Interno, formalizado mediante resolución y a la fecha no se evidencia sesión del comité.
2. Proyectar los cronogramas de actividades del equipo MECI para la vigencia 2019.
3. Actualizar los mapas de riesgos de los procesos para siguiente vigencia y establecer las actividades que se estimen adecuadas, para la minimización de los riesgos.
4. Ejecutar el Plan de acción, plasmado en la Matriz de MIPG, por parte de cada Lider de Proceso.

**GILMA JANETH PERICO GRANADOS**  
**COORDINADORA OFICINA DE CONTROL INTERNO**  
**SALUD SOGAMOSO E.S.E.**