

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO-LEY 1474 DE 2011		
JEFE DE CONTROL INTERNO	GILMA JANETH PERICO GRANADOS	PERIODO EVALUADO MARZO JUNIO 2018
O QUIEN HAGA SUS VECES		FECHA DE ELABORACION 6 DE JULIO 2018

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

SALUD SOGAMOSO E.S.E , mediante resolución-101 de abril 30 del 2018, conforma el Comité de Gestión y Desempeño con base en el **Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG** y adoptar los lineamientos establecidos en el Decreto 1499 de 2017, en cumplimiento del artículo No. 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998 y de Gestión de la Calidad de que trata la Ley 872 de 2003 y lo articula con el Sistema de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27º al 29º de la Ley 489 de 1998, en un solo **Sistema de Gestión**.

Para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

1. Mejorar la efectividad y eficiencia de las operaciones. Entendiendo por **efectividad** la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por **eficiencia** la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, y tiempo.
2. Prevenir y mitigar la ocurrencia de riesgos, tanto internos como externos.
3. Realizar una gestión adecuada de los riesgos.
4. Aumentar la confiabilidad y oportunidad en la información generada por la organización.
5. Dar un adecuado cumplimiento de la normatividad y regulaciones aplicables a la Entidad.

SALUD SOGAMOSO E.S.E. inició el proceso para la implementación del **Modelo Estándar de Control Interno-MECI** y del **Sistema de Gestión de Calidad-SGC**, articulados con el **Sistema de Desarrollo Administrativo**. Para el funcionamiento del **Sistema de Gestión** y su articulación con el **Sistema de Control Interno**, se adopta la versión actualizada del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG** con el fin de consolidar los elementos requeridos para que la Entidad funcione de manera eficiente y transparente iniciando con la revisión de que políticas tenemos de las 16 políticas de Gestión y Desempeño establecidas el MIPG, e iniciar con el proceso de desarrollo paulatino de aquellas que nos apliquen y así poder alinearlas con el Manual Operativo MIPG, el cual funciona a través de **7 dimensiones**.

1. Dimensión Talento Humano
2. Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación
3. Dimensión Gestión con Valores para el Resultado
4. Dimensión Evaluación para el Resultado
5. Dimensión Información y Comunicación
6. Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación
7. Dimensión Control Interno

En el mismo Decreto 1499 de 2017 se establece la actualización del Modelo Estándar de Control Interno-MECI, en **5 componentes**:

1. Ambiente de Control
2. Evaluación del Riesgo
3. Actividades de Control
4. Información y Comunicación
5. Actividades de Monitoreo

Es por esto que la Oficina de Control Interno de SALUD SOGAMOSO E.S.E., y en cumplimiento del artículo 9 de la **Ley 1474 de 2011** presenta el Informe Pormenorizado de Control Interno, de acuerdo con las 7 dimensiones MIPG y los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno, desarrollados en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, según artículo 2.2.22.3.5 del Decreto.

1.1 ACTUALIZACION A MIPG

1.1.1 Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Según el artículo 2.2.22.3.8 del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, se debe conformar el Comité de Gestión y Desempeño, de la entidad, lo cual se realizó mediante la resolución No. 101 aprobada en abril 30 del 2018, en la cual se determinó la conformación del mismo, quien lo preside y lineamientos correspondientes; con el ánimo de dar cumplimiento con la directriz establecida por el Departamento de la Función Pública, el comité en mención

dio inicio a las reuniones de direccionamiento correspondientes, en las cuales se han establecido las diferentes directrices para el cumplimiento de su creación; dentro de las cuales tenemos:

1. Formulación de Auto diagnósticos y plan de acción por cada Líder de Proceso, los cuales se deben consolidar por parte del área de Planeación.
2. Actualización del Mapa de riesgos por parte de cada Líder de Proceso, (identificación del riesgo, valoración de probabilidad e Impacto) y establecimiento de Controles.
3. Desarrollo de herramientas para consolidar e identificar, valorar y aplicación de controles; a partir de lo cual se realiza nueva valoración y revisión de la eficiencia, eficacia de los mismos.
4. Establecer plan de acción, enfocado a dar cumplimiento al plan Estratégico

Se realizó y sigue realizando seguimiento a los compromisos pendientes; al Plan Estratégico, por área, a los indicadores: misionales, de administración y seguimiento a la política de transparencia y participación ciudadana, Eficiencia Administrativa, Talento Humano y Ejecución Presupuestal.

La resolución mediante la cual se conformo el Comité se encuentra publicado en el link: https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8062

A partir de la Constitución del Comité de gestión y Desempeño se trabajó en:

La Formulación (Actualización General) del mapa de Riesgos, solicitudes y Formulación de los auto diagnósticos (Línea base Informe FURAG II) y Seguimiento permanente del Plan de Acción, derivado de los mismos. En igual forma se realizó permanente seguimiento a los Indicadores establecidos con respecto a los Planes de Acción

1.2 Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno

SALUD SOGAMOSOS E.S.E. para dar cumplimiento de lo estipulado en el artículo 2.2.21.1.5 de decreto 648 del 19 de abril del 2017, mediante la resolución 016 de enero del 2018, realizo actualización de la resolución 232 del 2016, estableciendo las funciones y directrices emanadas y en alineación con el Decreto 1499 del 2017

A partir de la suscripción del Acto administrativo se ha realizado una sesión, en la cual se trataron los siguientes temas:

Presentación, socialización y Aprobación del Código de Ética del Auditor
Presentación, socialización y aprobación del Estatuto de Auditoría
Presentación, Socialización y Aprobación del Plan de Auditoría 2018
Proposiciones y varios.

1.3 Auto diagnóstico

El Proceso de Direccionamiento Estratégico lideró y realizó el auto diagnóstico de MIPG frente a los requisitos; de acuerdo con los resultados obtenidos se formuló:

PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
ACTIVIDADES		
Actualizar los documentos relacionados con la planeación		
Actualizar las resoluciones del comité de gestión y desempeño		
Identificar y gestionar la documentación del sistema de gestión SALUD SOGAMOSO E.S.E.		
Articular las políticas de gestión y desempeño y el MIPG SALUD SOGAMOSO E.S.E.		
Ajustar la presentación de seguimiento de planeación a comité directivo		
Actualizar el plan estratégico, plan de acción publicados en la página web		
Actualizar el nomograma acorde nueva normatividad		
Actualizar en la pagina web la información relacionada con el sistema de gestión		

La Gestión del Talento Humano de SALUD SOGAMOSO E.S.E. Realizó el auto diagnóstico tomando como referencia el Código de Integridad del Departamento Administrativo de la Función Pública y estableció plan de acción, en la cual contempla la Articulación del Manual de Ética establecido en julio del 2017, con el nuevo Código de Integridad del Servicio Público, con las siguientes actividades hasta el 30 de noviembre de 2018:

Identificación de la Línea Base de MIPG

PROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
ACTIVIDADES		
Determinar valores en común para realizar la articulación del código ética con código de integridad función publica		
Realizar la actualización del código de ética a integridad		
Socialización		
Sensibilización		

Teniendo en cuenta que el FURAG II consolida en un solo instrumento la evaluación de todas las dimensiones del Modelo, incluida la correspondiente al Control Interno, se observó que la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública certificó

que el SALUD SOGAMOSO E.S.E. diligenció el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG II correspondiente al mes de Noviembre de 2017.

1.4 Adecuaciones y compromisos en pro de la Implementación de MIPG

Una vez publicados los resultados, por parte del DAFP, se deriva el Plan de Acción, con responsabilidad de los Líderes de proceso y en esta forma lograr el cierre las posibles brechas identificadas y comunicadas frente a los lineamientos de las políticas.

Con base en el seguimiento por parte del departamento de Planeación se presentan los resultados de los avances por cada una de las dimensiones MIPG, de acuerdo con la alineación establecida en el Direccionamiento Estratégico en el Plan Estratégico Institucional 2016 - 2020.

Identificación de la Línea Base de MIPG

Teniendo en cuenta que el FURAG II consolida en un solo instrumento la evaluación de todas las dimensiones del Modelo, incluida la correspondiente al Control Interno, se observó que la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública certificó que el SALUD SOGAMOSO E.S.E. diligenció el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG II correspondiente al mes de Noviembre de 2017.

1.5

Adecuaciones y Ajustes para la completa y adecuada implementación de MIPG

Una vez obtenidos los resultados, se procede a la documentación del respectivo plan para iniciar el cierre las posibles brechas frente a los lineamientos de las políticas.

A continuación se presentan los resultados de los avances por cada una de las dimensiones MIPG, de acuerdo con la alineación liderada por el Proceso de Direccionamiento Estratégico en el Plan Estratégico Institucional 2016 - 2020.

2. AVANCE DIMENSIONES MIPG

2.1 DIMENSIÓN TALENTO HUMANO

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, para el desarrollo de esta dimensión se tendrán en cuenta las siguientes 2 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional:

1. Gestión Estratégica del Talento Humano
2. Integridad
- 2.1.1 Plan Estratégico Institucional

De acuerdo con lo establecido en el Plan Estratégico 2016-2020 SALUD SOGAMOSO E.S.E., la política de Talento Humano e Integridad, se encuentran alineadas con el objetivo institucional, así:

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
Ejecución del Plan Estratégico de Talento Humano (nuevo semestral)	90%	Nuevo	Nuevo
Manual de Ética actualizado acorde con el Código de Integridad (nuevo anual)	1	Nuevo	Nuevo
Avance en la implementación de la estrategia de fortalecimiento del clima organizacional	90%	94%	94%
Comunicación asertiva, Servicio al cliente y trabajo en equipo	80%	80%	80%
Capacitación al 100% los líderes en gerencia de procesos y liderazgo	100%	100%	100%

De lo anterior, se observa que

El Talento Humano debe ser gestionado con base en las prioridades establecidas en e observa que el talento humano es gestionado de acuerdo con las prioridades fijadas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación.

2.1.2 Plan de Acción Talento Humano

El Área de Talento Humano estableció las siguientes estrategias en el Plan de Acción para la vigencia 2018 alineado con el Plan Estratégico:

#	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%
4	Adelantar las actividades de mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente.			100%

De conformidad con lo anterior, en el Plan de Acción se establecen estrategias y acciones que fortalecen los aspectos de bienestar y salud en el trabajo, fortalecimiento de competencias y gestión para ingreso, permanencia y retiro de los funcionarios de la Entidad.

El Proceso de Talento Humano informó que se efectuó la Matriz Gestión Estratégica del Talento Humano – GETH de acuerdo con los lineamientos del DAFP y como resultado del ejercicio de autodiagnóstico, identificó la necesidad de establecer acciones para cerrar brechas en temas, como: Plan de medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional y programa de horarios flexibles.

2.1.3 Temáticas asociadas a Rutas de Creación de Valor

2.1.3.1 Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo - SGSST

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.

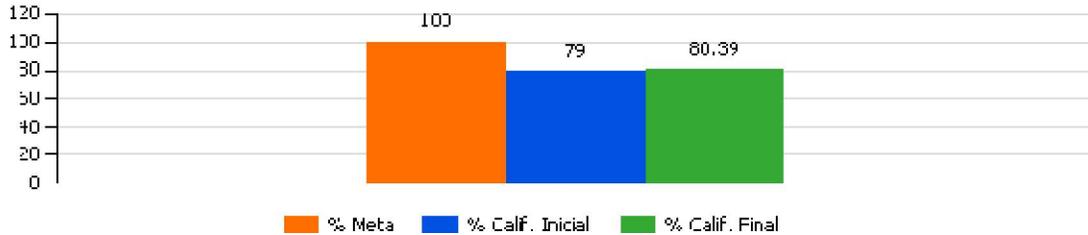
A continuación, se relacionan avance en la implementación de la gestión

Grado de avance en la implementación de la gestión

Cod	Plan / Programa	% Avance Actual	% Avance Previo	% Metas	Avance	Cumpli. Meta	% Cumpli. Activi
1	ESTRUCTURA EMPRESARIAL	11.90	14.00	14.00	-2.10	NO	8.00
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	10.64	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	9.50	6.50	10.00	3.00	NO	0.00

	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	21.95
8	PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	4.41	3.85	7.00	0.56	NO	0.00
9	SISTEMA DE GESTIÓN EN S&SO - OHSAS 18001	5.08	6.13	7.00	-1.05	NO	0.00

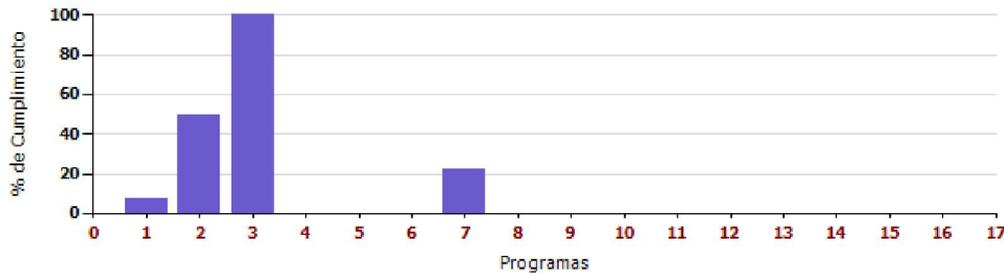
Calificación global en la gestión de seguridad y salud en el trabajo



La evaluación corresponde a los criterios establecidos bajo la EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (ESG-SST) de POSITIVA. El resultado de evaluación inicial de 2017 corresponde a 79% y la evaluación final aplicada en Enero del 2018 obtuvo una calificación del 80.39%.

Para generar un impacto mayor y debido a los hallazgos encontrados se proyecta el plan de trabajo reforzando los programas de ESTRUCTURA EMPRESARIAL, PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL Y GESTIÓN EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES.

Cumplimiento en la gestión de seguridad y salud en el trabajo



En el mes de JUNIO se ejecuto el 14.87% de las actividades programadas durante el periodo, la ejecución está marcada principalmente en los programas de GESTIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL Y ESTRUCTURA EMPRESARIAL con un total 18 horas técnicas de lo programado para el año. El 84.2% que no se ejecuto se debió a que la doctora Andrea se encontraba en su periodo de vacaciones y no contamos con el tiempo para ejecutar las actividades.

Indicadores de Gestión

Indicadores de Gestión	Periodo Actual	Periodo Anterior
TASA DE ACCIDENTALIDAD X 100	1.69	8.47
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	1.69	8.47
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	23.14	Ejecutadas por parte de la Empresa	0.00
--------------------------------	-------	------------------------------------	------

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

Pendientes	0.00
Total de acciones de mejora ejecutadas	0

Actividades de gestión a destacar realizadas durante el periodo

Nro.	Actividad	Descripción
1	Aplicación de la evaluación inicial del SG-SST	Se adelanto la aplicación de la evaluación y se hizo entrega del documento
2	Proyección del plan de trabajo	Se acordó y cargo plan de trabajo orientado a la prevención de AT y EL
3	0-PB-1-ED-20Taller experiencial educativo en Seguridad y Salud en el Trabajo	Taller de seguridad basada en el comportamiento

Observaciones y Oportunidades de mejora:

- IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS/CORRECTIVAS EMITIDAS No aplica. Durante el periodo evaluado no se emitieron acciones preventivas o correctivas porque no se han presentado accidentes graves y tampoco se han efectuado inspecciones.
- ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN
Se evidencia que en JUNIO no se registraron accidentes por lo tanto el índice de frecuencia y severidad es cero. Para el periodo Enero-Junio el índice de frecuencia acumulado se mantiene en 1 AT, el índice de severidad se mantiene en cero puesto no se generaron días perdidos por incapacidades. La tasa de accidentalidad se mantiene en 0.6%.
- GESTIÓN INTEGRAL EMPRESARIAL (Operaciones): Debido a periodo de vacaciones de la doctora Andrea jefe de talento humano, la empresa no requirió asesoría técnica en este ítem.
- GESTIÓN INTEGRAL EMPRESARIAL (Seguimiento al siniestro): No se realiza gestión del siniestro en el mes gestionado debido a que la empresa presenta una gestión efectiva ante los riesgos como también se evidencia que el plan de trabajo es efectivo

Para la vigencia 2018, se estableció el Plan de Acción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente con las siguientes acciones:

2.1.3.2 Plan Institucional de Capacitación – PIC

El Área de Talento Humano elaboro y consolido, teniendo en cuenta las necesidades de entrenamiento detectadas en las reuniones de Diagnóstico de Necesidades de Capacitación en cada dependencia, así como los resultados de las Evaluaciones de Desempeño correspondientes al periodo ordinario, para su posterior aprobación.

Las actividades adoptadas están orientadas a intervenir en el clima Organizacional, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral de los servidores, fortalecer los valores institucionales como el respeto, y a desarrollar actitudes, habilidades, capacidades y conocimientos que les permita reforzar las competencias necesarias de los servidores de la ESE.

2.1.3.3 Programa de Inducción y Reinducción

Con corte al 30 de Junio de 2018, para el periodo de análisis y de acuerdo con el cronograma de Inducción y Reinducción establecido por el Área de Talento Humano, se observó un cumplimiento del 100%. Como aspecto a resaltar se tiene las jornadas de inducción y reinducción con la participación del 100% del personal vinculado a la Institución.

2.1.3.4 Programa de Bienestar e Incentivos

Mediante Resolución 005 del 09 d enero de 2018 se adoptó el Plan Anual de Bienestar, Capacitación e incentivos de Salud Sogamoso ESE para la presente vigencia, se presenta a continuación el avance acumulado en la ejecución de las actividades del programa de bienestar, así:

AREA DE INTERVENCION	PROGRAMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD
	ESTILOS DE DIRECCION	Tener bases y métodos para guiar a individuos y grupos hacia la consecución de los objetivos	Capacitación a los Lideres o jefes sobre estilos de dirección, con la colaboración del Psicólogo de la ESE

CALIDAD DE VIDA LABORAL		Revisar las formas de dirección que el nivel ejecutivo ejerce sobre los servidores	Retroalimentación de las encuestas sobre medición del clima laboral realizadas.
	COMUNICACIÓN INTEGRACION	Fortalecimiento de la comunicación interna	Actualización de la Cartelera de Talento Humano, para socializar las actividades hacia todas las dependencias.
			Mantener los Momentos de Encuentro con Gerencia, o de cada una de las dependencias según disponibilidad del Gerente, a través del Comité de Planeación.
			Utilizar los mecanismos de comunicación a través de las aplicaciones informáticas como INTRANET y WEB a nivel de todas las dependencias.
			Mantenimiento Actualizado de las Carteleras Institucionales para colocar información clave de actividades de los diferentes planes institucionales.
			A través de los diferentes Comités aportar las ideas necesarias para el buen funcionamiento de la entidad.
Fortalecimiento de las relaciones entre las diferentes áreas.	Celebración de los cumpleaños de todos los COLABORADORES		
	Publicación en cartelera institucional felicitando a los que cumplan años en el respectivo mes.		
		Publicación en cartelera institucional felicitando al funcionario del mes por puntualidad- compañerismo	
AREA DE INTERVENCION	PROGRAMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD
	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
		Incentivar la obtención de nuevos conocimientos a partir de experiencias en otras instituciones.	Permitir la realización de visitas de referenciación institucionales
		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 del mes	Entregando Mención de Honor con copia a la Hoja de Vida, con colocación en Cartelera y un Día de Trabajo libre
			Convivencias por áreas de trabajo con colaboración de la Psicóloga.

	TRABAJO EN EQUIPO	Fortalecer el trabajo en equipo y las relaciones entre áreas de trabajo.	NOVENAS NAVIDEÑAS : CONCURSO DE PESEBRES AMBIENTALES ENTRE LAS ÁREAS DE TRABAJO Realizar juegos entre todas las áreas de Trabajo: Amigo Secreto Con ayuda de la Psicóloga realizar dinámicas de Trabajo en Equipo en cada una de las áreas funcionales
AREA DE INTERVENCION	PROGRAMA	O B J	ACTIVIDAD
	ESTILOS DE LIDERAZGO	Priorizar y conciliar la ejecución exigente de las tareas que correspondan a su dependencia con el fortalecimiento de relaciones entre todos sus colaboradores	Capacitación en LIDERAZGO
PROTECCION Y SERVICIOS SOCIALES	SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	Permitir una acertada coordinación y uso de los programas de promoción y prevención, que en su campo específico deben asumir los diferentes organismos.	Desarrollo de las brigadas de salud, las cuales se encuentran definidas en el plan de SGSST
SGSST(SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRAB	ACTIVIDADES DE SGSST	Desarrollar los objetivos y actividades del SGSST- 2018	Jornadas de Ornamentación en la empresa
			Brigadas de evacuación y prevención de desastres
			Semana de SGSST y Bienestar Social
		Incentivar la organización de los puestos de trabajo.	Premiar las áreas de trabajo mejor organizadas y armonizadas
			Realizar inspecciones cada cuatro (4) meses para identificar y evaluar los factores de riesgo actuales o potenciales, especialmente en las áreas determinadas por el panorama de factores de riesgo con grado de peligrosidad alto.
	Adecuación de sitio y Realización de Ejercicio Físico dentro de la Jornada Laboral. (PAUSA ACTIVA)		

2.2 DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, para el desarrollo de esta dimensión se tendrán en cuenta las siguientes 2 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional:

1. Planeación institucional
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público

2.2.1 Planeación Institucional

SALUD SOGAMOSO E.S.E. formuló el plan estratégico 2016-2020 con base en los lineamientos establecidos en la ley 1438 del 2011 Y teniendo en cuenta el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2020: tomando como ejes fundamentales y estrategias transversales; los elementos como **Misión, Visión y Política de la Entidad**; el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y el plan estratégico con base en los procesos institucionales. El plan estratégico se soportó en los planes de acción 2018 de cada proceso, los cuales se alinearon con los proyectos de inversión y el plan anual de adquisiciones.

Se establecieron objetivos institucionales por proceso para el cabal cumplimiento de las funciones así como los respectivos indicadores que permiten evaluar los resultados obtenidos.

Es importante resaltar que durante el período de análisis no se generaron modificaciones en la Misión y Visión de SALUD SOGAMOSO E.S.E. y los mismos, fueron permanentemente difundidos en la página web de la Entidad, Intranet y con todos los colaboradores de la institución

Misión **"Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención ambulatoria, acreditados como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, que garantiza el acceso en sus sedes a la población de su área de influencia en atención extra e intramural, con enfoque en promoción y prevención, mejorando así las condiciones de salud de los usuarios y sus familias** corresponde a SALUD SOGAMOSO E.S.E., en el ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales prestar el apoyo administrativo necesario para dicho Objeto Social.

Visión **Para el año 2022 seremos una institución de servicios de salud acreditada, que responde con sus sedes a las necesidades de acceso y oportunidad para la población, a través de un**

modelo de atención y administración efectiva y auto sostenible que se integra y aporta a los programas y proyectos de salud incluyente así mismo una entidad modelo en la gestión pública y referente internacional; orientada a la coordinación efectiva del plan de gobierno, con recursos alineados para el logro de sus prioridades, con altos estándares de calidad y oportunidad en la prestación del servicio.

Para esto se requiere Talento Humano competitivo y con vocación de servicio, procesos eficaces y herramientas tecnológicas modernas y apropiadas.

Por lo que, se cuenta con personal calificado, Gestión financiera con practica de los Estándares Internacionales y la aplicación de buenas prácticas administrativas, que permiten el cumplimiento de requisitos técnicos y legales para el mantenimiento y mejora de la seguridad y salud en el trabajo, y seguridad de la información, con el fin de prestar los servicios a nuestros Usuarios con eficiencia, transparencia y oportunidad.

2.2.1.1 Mapa Por Procesos

A continuación se observa en el esquema de Planeación Estratégica 2016-2020 del aplicativo SALUD SOGAMOSO E.S.E.. Objetivos y metas Institucionales a 31 de diciembre de 2018, el cual concuerda con los resultados del seguimiento efectuado por la Oficina de Planeación y publicado en la página web de la Entidad: <http://saludsogamosoe.s.e>.

Es importante resaltar que la Entidad alinea el mapa de procesos y procedimiento, teniendo en cuenta Decreto 1499 de 2017 Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, la entidad está en proceso de adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG como instrumento de articulación y reporte de la planeación.

Este modelo se fundamenta en el desarrollo de 16 Políticas que están en proceso de formulación y actualización

A continuación se observa el grado de avance a la fecha, del Plan Estratégico, de la vigencia 2017, de acuerdo a la evaluación realizada por la Junta Directiva de la E.S.E.

De acuerdo con lo establecido en el Plan Estratégico 2016-2020, para la vigencia 2018 y teniendo en cuenta los planes de acción se formularon 23 indicadores estratégicos, que tienen seguimiento bimestralmente, en comité de Gestión y Desempeño Institucional, teniendo en cuenta cada bimestre:

Indicador- Meta- Valor- Resultado Cumplimiento de los compromisos derivados de los Comités para la vigencia -----% de cumplimiento.

Plan Anticorrupción elaborado y socializado 100%

2.2.1.2.Plan de Acción Institucional elaborado, socializado y publicado a más tardar el 31 de enero -100-%

Por último, cabe resaltar que los procesos y dependencias se encuentran en términos de medición y análisis de los indicadores priorizados y asociados a la planeación estratégica 2016-2020. Los seguimientos a los Indicadores Estratégicos se realizan en forma bimestral.

2.2.1.3. Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Se estableció en Enero del 2018, el cual fue publicado en la Pagina Web, y difundido internamente en redes sociales y –O'personalmente a los Líderes de Proc4esos. Al mismo se realiza seguimiento continuo y permanente, por parte de la Oficina de Planeación; presentando los resultados en forma cuatrimestral, en reunión de Gestión y Desempeño dando cumplimiento al establecimiento de la Ley 1474 del 2011, Informe que se publica en la Pagina Web.

2.3 DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

De a cuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión se entenderá desde dos perspectivas con sus respectivas políticas, así:

- A. Referente a una adecuada operación de la Entidad, en adelante "de la ventanilla hacia adentro":**
1. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
 2. Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público
 3. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea: TIC para la gestión y Seguridad de la información
 4. Seguridad Digital

5. Defensa jurídica
- B. **Referente a la relación Estado Ciudadano, " de la ventanilla hacia afuera":**
 1. Servicio al Ciudadano
 2. Racionalización de Trámites
 3. Participación ciudadana en la gestión pública
 4. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea: TIC para el servicio y TIC para Gobierno Abierto

2.3.1 Perspectiva de la ventanilla hacia dentro

De acuerdo con lo establecido en el *Plan Estratégico 2016-2020*, DESDE la perspectiva de la ventanilla hacia dentro, se encuentran alineados con los siguientes objetivos institucionales:

POLITICAS DE GESTION Y DESEMPEÑO	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	AVANCE
Defensa Jurídica	Proporcionar la seguridad integral, el apoyo logístico, el cubrimiento	
Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	Fortalecer la gestión de los procesos contribuyendo a la eficiencia administrativa	
Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea: TIC para la gestión y Seguridad de la Información		
Seguridad Digital		
Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público	Administrar eficientemente los recursos financieros	

DEL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL ORGANIZACIÓN Y DEPURACION DOCUMENTAL

2.3.1.1 Defensa Jurídica

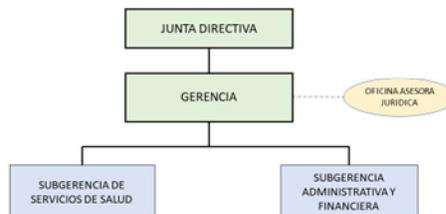
Esta política se encuentra en desarrollo

2.3.1.2. Política Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

a. Estructura Organizacional

La estructura administrativa versión 2017 acorde con la estructura organizacional establecida en acuerdo 018 d septiembre del 2017 actualmente se encuentra publicado en la página Web de SALUD SOGAMOSO E.S.E. en el link: <http://PLANEACION>

A continuación, se presenta la estructura Administrativa



Modelo de Operación por procesos

SALUD SOGAMOSO E.S.E. en cumplimiento de SUMISIÓN, VISIÓN INSTITUCIONAL y con el propósito de satisfacer las necesidades de sus usuarios y grupo de valor en general. Cuenta con un modelo de operación por procesos con enfoque sistémico, el cual se encuentra debidamente caracterizado, reflejando así las interacciones, las entradas y las salidas, garantizando una ejecución eficiente y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Durante este cuatrimestre, se encuentra en trámite la actualización y generación de la versión 02 de los Lineamientos para la Administración del Riesgo de SALUD SOGAMOSO E.S.E.,



b. Divulgación de los Procedimientos

Las Oficinas de Calidad y Planeación establecieron una estrategia transversal en los planes de acción para cada una de las dependencias de SALUD SOGAMOSO E.S.E. con el fin que los procesos de cada área tengan lineamientos como Documentar y/o actualizar los procedimientos, manuales, lineamientos, guías, formatos y demás a cargo lo que permite determinar cómo se realizan las actividades del diario quehacer con el fin de Afianzar el Esquema de gerencia por procesos.

El establecimiento de nuevos documentos y actualizaciones, permite identificar la forma de operación de los servidores de la Entidad así como entender la dinámica requerida para el logro de los objetivos y obtención efectiva de los servicios, al identificar los métodos, los puntos de control para realizar las tareas, la asignación de responsabilidades y la autoridad en la ejecución de las actividades.

2.3.1.3. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea: TIC para la gestión y Seguridad de la información

Esta política se encuentra alineada al objetivo institucional y tiene asociados los siguientes link:

"Salud Sogamoso E.S.E cuenta con la política de Gerencia y Seguridad de la Información https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8062 y el procedimiento Gestión de Seguridad y Privacidad de la Información <https://www.saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2017/Seguridad%20de%20la%20Informacion.pdf> también se cuenta con la política de tratamiento y protección de datos personales <https://saludsogamoso.gov.co/sp/docs/2018/Resolucion%20PPD%20152.pdf>

Esta política se encuentra alineada al objetivo institucional y tiene asociado el siguiente

Indicador con nivel de cumplimiento del **100%** a la fecha:

En relación a estas 2 últimas políticas, el Proceso de Tecnologías de la Información y Comunicación, SALUD SOGAMOSO E.S.E., está en el procedimiento del "De desarrollo y aprobación por acto administrativo para la el cumplimiento con la política Seguridad Digital"

2.3.1.4 Gestión Presupuestal y Eficiencia del gasto Público

De acuerdo con lo establecido en el Plan de Gestión 2016-2020, la política Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, se encuentra alineada con su respectivo objetivo institucional, así:

ESTRATEGIA PLAN DE GESTION	POLITICA DE GESTION Y DESEMPEÑO	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	CUMPLIMIENTO
GESTION FINANCIERA	Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público	Mantener la sostenibilidad financiera de la ESE que permita su operación con eficiencia como modelo de gestión.	100%

El objetivo institucional se encuentra compuesto por los siguientes indicadores:

INDICADOR	META	VALOR	RESULTADO
Evolución del gasto en 0.99	0.99	<0.90	0.89

Equilibrio presupuestal en 0.91	0.91	>=1	1.43 
---------------------------------	------	-----	--

De lo anterior, se observa que a 31 de diciembre de 2017, los indicadores reportaron un nivel de cumplimiento del 100%, ubicándose en un nivel sobresaliente.

En cuanto a lo corrido de la vigencia 2018, los indicadores se encuentran en proceso de medición, análisis, seguimiento y ajustes según los resultados.

La política Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público Se encuentra en desarrollo y su propósito es establecer bases de gestión sólidas y contar con los elementos de apoyo para el logro de los objetivos y misión de la Entidad, fortaleciendo el uso racional de los recursos públicos, afianzando la cultura del ahorro así como la aplicación de los controles y lineamientos que permitan la eficiencia, eficacia y contribución a la austeridad del gasto. La política de Gestión Presupuestal y Austeridad del Gasto es aplicable a todos los procesos y dependencias Salud Sogamoso ESE.

2.3.1.1

Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público

De acuerdo con lo establecido en el Plan de Gestión 2016-2020, la política Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, se encuentra alineada con su respectivo objetivo institucional, así:

ESTRATEGIA PLAN DE GESTION	POLITICA DE GESTION Y DESEMPEÑO	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	CUMPLIMIENTO
GESTION FINANCIERA	Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público	Mantener la sostenibilidad financiera de la ESE que permita su operación con eficiencia como modelo de gestión.	100% 

El objetivo institucional se encuentra compuesto por los siguientes indicadores:

INDICADOR	META	VALOR	RESULTADO
Evolución del gasto en 0.99	0.99	<0.90	0.89 
Equilibrio presupuestal en 0.91	0.91	>=1	1.43 

De lo anterior, se observa que a 31 de diciembre de 2017, los indicadores reportaron un nivel de cumplimiento del 100%, ubicándose en un nivel sobresaliente.

En cuanto a lo corrido de la vigencia 2018, los indicadores se encuentran en proceso de medición, análisis, seguimiento y ajustes según los resultados.

La política Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto público Se encuentra en desarrollo y su propósito es establecer bases de gestión sólidas y contar con los elementos de apoyo para el logro de los objetivos y misión de la Entidad, fortaleciendo el uso racional de los recursos públicos, afianzando la cultura del ahorro así como la aplicación de los controles y lineamientos que permitan la eficiencia, eficacia y contribución a la austeridad del gasto. La política de Gestión Presupuestal y Austeridad del Gasto es aplicable a todos los procesos y dependencias Salud Sogamoso ESE.

2.3.2 Perspectiva de la ventanilla hacia afuera

De acuerdo con el direccionamiento del MIPG, las 4 políticas de Gestión y Desempeño asociadas con la perspectiva de la ventanilla hacia fuera, se encuentran alineados con los siguientes objetivos institucionales:

"Salud Sogamoso E.S.E. tiene Página Web que permite la entrega de información de obligatoriedad a antes de control y usuarios externos que deseen consultar, igualmente tiene formulario para PRQS en línea, solicitud de trámite para entrega de Historia Clínica y documentos, se entrega en línea para consulta de usuarios los servicios para los cuales la EAPB contrato con Salud Sogamoso E.S.E." al igual se hace uso de redes sociales para la divulgación de la información.

POLITICA DE GESTION Y DESEMPEÑO	OBJETIVO	CUMPLIMIENTO
Participación ciudadana en la gestión pública	Fortalecer la Cultura Institucional en términos de Calidad Servicio y	
Servicio al ciudadano		
Racionalización de tramites	Fortalecer la gestión de los procesos de S.A.E.S.E. contribuyendo a la eficiencia administrativa	
Gobierno digital antes gobierno en línea		

Para Usuarios Internos se cuenta con herramientas digitales sistema de información integrado la parte administrativa con la asistencial, de forma digital reporte de incidentes y entrega de resultados de producción por funcionario y especialidad. Se cuenta con Intranet donde cada usuario interno puede consultar los documentos internos y realizar mediante formulario las diferentes solicitudes.

2.4

Dimensión Evaluación de Resultados

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión se entenderá desde la siguiente política:

1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional

De acuerdo con lo establecido en el *Plan Estratégico*, la política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional, se encuentra alineada con los objetivos institucionales, así:

POLITICAS DE GESTION Y DESEMPEÑO	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	AVANCE
Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	1. Medidas para fortalecer la calidad (efectividad, eficiencia, sostenibilidad y transparencia)	
	2. Fortalecer los programas y proyectos sociales con enfoque diferencial (población con diversidad Funcional)	
	3. Promover el desarrollo y seguimiento de los temas estratégicos, compromisos del Gobierno, la eficiencia y la transparencia administrativa.	
	4. Fortalecer la institucionalidad a través de mejores prácticas en la Gestión de Procesos Administrativos y seguimiento de indicadores estratégicos.	

En el segundo con diversidad funcional el 3 no va en el sexto y seguimiento de indicadores estratégicos.

De lo anterior, se concluye que la Entidad ha establecido mecanismos de medición y seguimiento que le permiten conocer el logro de los objetivos y metas y dispone de indicadores que brindan la información pertinente para establecer el grado de avance y logro de los resultados esperados.

Desde la Oficina de Control Interno, se llevó a cabo la evaluación del cumplimiento de los particularidades de calidad, oportunidad y resultado en el desempeño institucional, cuyos deducciones fueron reveladas en el informe Pormenorizado del cuatrimestre enero – abril 2018.

2.5 DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión se entenderá desde las siguientes políticas:

1. Gestión Documental
2. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

De acuerdo con lo establecido en el *Plan Estratégico*, estas políticas se encuentran alineadas con los siguientes objetivos institucionales, así:

2.5.1 Gestión Documental

2.5.1.1 Programa de Gestión Documental

Durante el período de análisis, el proceso de Gestión Documental reportó el estado actual de avance de las actividades establecidas en el cronograma del Programa de Gestión y Documental aprobado en el Comité Gestión de desempeño de Desarrollo Administrativo:

ACTIVIDADES	ESTADO	OBSERVACIONES
ELABORAR INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS		
1	Cumplido	El Plan Institucional de Archivo de Salud Sogamoso ESE, se encuentra en proceso de elaboración.
2	en desarrollo	El banco de términos de Salud Sogamoso ESE, se encuentra en proceso de elaboración
3	en desarrollo	Se cuenta con una versión inicial la cual está en revisión para presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño
4	Cumplido	La totalidad de la información de la entidad cuenta con carpeta y la descripción documental contenida, inventario documental y rotulación de las unidades documentales.
ACTUALIZAR Y DOCUMENTAR LOS INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS DE SALUD SOGAMOSO		
5	Cumplido	Elaborado y aprobado por gestión de calidad CODIGO: GSI-F-012 https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9637

6	Tabla de Retención Documental – TRD	Cumplido	Las Tablas de Retención Documental de Salud Sogamoso ESE, se encuentra elaboradas, actualizadas y aprobadas mediante Resolución 597 de 2017. https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9637
7	Actualización de la Calificación de la Información	Cumplido	La calificación de la información se encuentra actualizada conforme a las TRD de la empresa. Con la organización documental del año 2018 se dará un paso importante en el aseguramiento de la protección y seguridad de información clasificada y reservada.
8	Inventario Documental del Archivo Central	Cumplido	Salud Sogamoso ESE, cuenta con el inventario Único Documental el cual se alimenta y actualiza con las transferencias documentales anuales
9	Implementar las Tablas de Valoración Documental – TVD	En desarrollo	Se está levantando el proceso de inventario documental, ya que la empresa cuenta con gran cantidad de fondos documentales acumulados
IMPLEMENTAR EL SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN -			
10	Implementar el Sistema Integrado de Conservación	Cumplido	Se cuenta y aplica con el procedimiento de preservación documental GSI-P-044 y los lineamientos para la conservación de los documentos, independientemente de su medio y forma de registro
ACTUALIZAR LA GUÍA PARA LA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS			
11	Incluir el párrafo para la autorización del tratamiento de datos personales en los documentos que Aplique	en desarrollo	Se tiene establecido el procedimiento GQL-P-010 de Elaboración y control de Documentos
12	Elaborar instructivos para el diligenciamiento de formas, formatos y formularios de la Entidad	Cumplido	Se cuenta con formatos e instructivos para la aplicación del sistema de gestión documental
ACTUALIZAR EL MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVOS OFICIALES			
13	Establecer las directrices para la elaboración de las comunicaciones oficiales, memorandos, certificaciones y circulares	Cumplido	Se cuenta con el Software de correspondencia y control de documentos para las comunicaciones oficiales
14	Establecer las directrices para la elaboración y numeración de los actos administrativos generados por la Entidad	En desarrollo	
15	Definir la estructura interna para los Mensajes de datos a	Cumplido	
17	Establecer la elaboración de la copia de las comunicaciones oficiales enviadas que se remitirá a la respectiva serie o subserie de la oficina Productora	Cumplido	
18	Definir las directrices para la gestión y trámite de las comunicaciones oficiales a través de medios electrónicos	Cumplido	

19	Determinar los sistemas de ordenación que materialicen la secuencia numérica, alfabética alfanumérica en cada serie o subserie documental, acorde con las necesidades y requerimientos de la Entidad	Cumplido	
20	Definir las directrices para las transferencias documentales en otros soportes (Fotografías, videos, audios y otros)	En desarrollo	
21	Establecer la metodología, los estándares, las técnicas, los criterios y el plan de trabajo para la aplicación de la selección documental, la microfilmación y/o la digitalización, de acuerdo con el análisis respectivo de su documentación	Cumplido	
22	Definir los criterios para la valoración de los documentos, con el fin de determinar sus valores primarios y secundarios	en desarrollo	
ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL			
24	Actualizar Procedimiento para la eliminación de documentos, conforme a los métodos de destrucción y borrado seguro de la información, requeridos para los distintos soportes documentales que se vayan implementando. (Digital y otros soportes)	cumplido	Se actualizó el procedimiento, está sujeto a nuevos ajustes
25	Elaborar el Plan de Conservación para los documentos análogos	en desarrollo	
26	Elaborar e implementar el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo para los documentos digitales	en desarrollo	
27	Elaborar y mantener actualizada la guía de direccionamiento para las comunicaciones oficiales externas	Cumplido	
SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE ARCHIVO - SGDEA			
28	Diseñar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA	en desarrollo	
29	Implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA	Cumplido	

PROGRAMA DE DOCUMENTOS VITALES O ESENCIALES			
30	Elaboración del Programa de Documentos Vitales o Esenciales	Cumplido	
31	Implementación del Programa de Documentos Vitales o Esenciales	Cumplido	
32	Seguimiento del Programa de Documentos Vitales o Esenciales	En desarrollo	
33	Mejora del Programa de Documentos Vitales o Esenciales	En desarrollo	
PROGRAMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS			
34	Elaboración del Programa de Gestión de Documentos Electrónicos	en desarrollo	
35	Implementación del Programa de Gestión de Documentos Electrónicos	en desarrollo	
36	Seguimiento del Programa de Gestión de Documentos Electrónicos	En desarrollo	
37	Mejora del Programa de Gestión de Documentos Electrónicos	En desarrollo	
PROGRAMA DE DOCUMENTOS ESPECIALES			
38	Elaboración del Programa de Documentos Esenciales	En desarrollo	
39	Implementación del Programa de Documentos Esenciales	En desarrollo	
40	Seguimiento del Programa de Documentos Esenciales	En desarrollo	
41	Mejora del Programa de Documentos Esenciales	En desarrollo	
PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN - PIC			
42	Fortalecer las competencias y habilidades de los servidores públicos de la Entidad en temas de Gestión Documental	Cumplido	
PROGRAMA DE AUDITORÍA Y CONTROL			
43	Evaluar la Gestión Documental de los procesos y/o dependencias con el fin de contribuir a la Mejora Continua del Sistema de Gestión Documental	Cumplido	
AVANCE PGD Desde 2015 a enero de 2018			

Fuente: Proceso Gestión Documental

2.5.1.2

Manual de Gestión Documental

Durante el período evaluado, el Manual de Gestión Documental no presentó ajustes, la versión que actualmente se aplica es la No. 13 del 30 de marzo de 2016.

2.5.1.3

Programa de Auditoría y Control documental

El Proceso de Gestión Documental realiza seguimiento y acompañamiento a los archivos de gestión, adicionalmente, en las auditorías internas existe el componente que verifica el cumplimiento del Manual de Gestión Documental, producto de esto se solicitan, elaborar y ejecutar los planes de mejoramiento requeridos.

2.6

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión se entenderá desde la siguiente política:

1.

Gestión del Conocimiento y la Innovación

Esta política está en proceso de formulación, la cual debe estar alineada al objetivo institucional y tiene asociado el siguiente **indicador** con nivel de cumplimiento del a la fecha:

POLITICAS DE GESTION Y DESEMPEÑO	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	AVANCE
Gestión del conocimiento y la innovación	Fortalecer la gestión de los procesos de SALUD SOGAMOSO E.S.E. contribuyendo a la eficiencia administrativa. Proporcionar la seguridad integral, el apoyo logístico, el cubrimiento	
Ejercicio de Innovación Implementado (Indicador nuevo)	1	N/A

2.7

DIMENSIÓN CONTROL INTERNO

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG 2017, esta dimensión se entenderá desde la **política de Control Interno**, que se desarrollará a través del Modelo Estándar de Control Interno-MECI, el cual fue actualizado en el marco general de MIPG, que con su actualización se basa en 5 componentes.

La política de Control Interno se encuentra alineada al objetivo institucional de acuerdo con el *Mapa Estratégico Institucional SALUD SOGAMOSO E.S.E.*, así: esta para ser aprobada.

POLITICA DE GESTION Y DESEMPEÑO	OBJETIVO INSTITUCIONAL	CUMPLIMIENTO
CONTROL INTERNO	FORTALECER LA GESTION DE LOS PROCESOS DE SALUD SOGAMOSO E.S.E.	

Los indicadores formulados se encuentran alineados a los **roles** que enmarcan el funcionamiento de la Oficina de Control Interno de acuerdo con el Decreto 648 de 2017 así como, a los **5 componentes** del Modelo Estándar de Control Interno establecidos en el Decreto 1499 de 2017. Sin embargo, es importante mencionar que SALUD SOGAMOSO E.S.E. con base en los resultados de la Evaluación FURAGIL por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, está en el procedimiento de la adopción de acciones que se requieran para eliminar las posibles brechas en la actualización del MECI.

2.7.1

Ambiente de Control

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG este componente se encuentra relacionado con las siguientes **Dimensiones**, presentadas previamente, así:

POLITICAS RELACIONADAS CON AMBIENTE DE CONTROL	CUMPLIMIENTO
Talento humano	
Direccionamiento estratégico y planeación	
Gestión con valores para resultados	

Se observa que la Entidad:

- Estableció los estándares de conducta y de integridad que direccionan el que hacer institucional, a través del Manual de talento humano. https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8024
- Definió los niveles de autoridad y responsabilidad que facilitarían la consecución de los objetivos institucionales, a través de la Estructura establecida mediante https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8036
- Están definidos los objetivos de la Entidad, como se evidencia en el link https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8024
- Adicionalmente, la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2018, debe efectuar los respectivos seguimientos y verificaciones, en cuanto a: La tendencia en el número de procesos disciplinarios, el comportamiento de PQRs https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9590 relacionadas con la conducta de los servidores y la tendencia frente a los conflictos entre servidores.

2.7.2 Administración del Riesgo

Durante el período evaluado, se está en la actualización de la matriz de administración del riesgo, para lo cual se creó una herramienta por procesos la cual debe ser consolidada en forma bimensual, y poder realizar el seguimiento a la administración del mismo y sus correspondientes controles verificando su eficacia.

En procura de la alineación con el decreto 1499 del 2017, se formulo la política de Control Interno, la cual esta proceso de aprobación. La Política establece:

SALUD SOGAMOSO E.S.E. Asume el compromiso de establecer y mantener actualizado un sistema de control interno EFICIENTE Y EFECTIVO.

Con el compromiso que cada funcionario de colaborador de la Entidad aplica los criterios definidos en esta política para construir, mantener y ejercer controles efectivos y eficientes en los procesos y actividades a su cargo, con el propósito de lograr el cumplimiento del compromiso establecido por la Política de Control Interno, SALUD SOGAMOSO E.S.E. cumple, respeta y aplica el direccionamientos y lineamientos establecidos por parte de El Departamento de la Función Pública en materia de control interno y la normatividad aplicable

Acogen como criterios principales de su Sistema de Control Interno: el autocontrol, la autorregulación, la autogestión, la efectividad y la eficiencia.

La política de administración de riesgos está determinada por las opciones de tratamiento: *Evitar el Riesgo, Reducir el Riesgo, Compartir o transferir el Riesgo y Asumir un riesgo.*

Con base en los lineamientos impartidos para la administración del Riesgo, cada líder de Proceso debe tener en cuenta:

- Identificar los factores de riesgos de sus procesos y proyectos, que afectan el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.
- Identificar los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción.
- Determinar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, sus consecuencias e impactos (riesgo inherente)
- Determinar la probabilidad e impacto de los riesgos con base en la evaluación de los controles (riesgo residual)
- Definir los responsables para el seguimiento y monitoreo de los riesgos.
- Realizar el seguimiento al mapa de riesgos con la periodicidad trimestral

Estas acciones se encuentran evidenciadas en la herramienta impartida para identificar, analizar, calificar el riesgo sin control y la efectividad del control, y con base a la primera calificación de la matriz de identificación del riesgo que con corte 31 de junio de 2018, se encuentran identificados, analizados y valorados **71 riesgos institucionales.**

Una vez identificado el total de riesgos de SALUD SOGAMOSO E.S.E.; se debe proceder a iniciar con la revisión y seguimiento y actualización. Aunque durante el período en mención, los riesgos de corrupción establecidos fueron monitoreados de los cuales no se materializo alguno, lo que indica que los controles implementados fueron efectivos

En inicio del mes de Enero, la Oficina de Control Interno desarrolló evaluación a la Administración del Riesgo de la Entidad y como resultado del ejercicio auditor, se estableció que el Mapa de riesgos se había construido en Noviembre del 2014 y que no se había continuado con la actualización de los mismos, por lo que genera una NO CONFORMIDAD, razón por la que se desarrollo una herramienta de identificación calificación, análisis, implementando posteriormente controles, y evidenciando la eficacia y eficiencia del mismo en forma de evitar la materialización y buscando mitigar cada uno de ello y determinar un mapa residual a su mínima expresión

Por último, es importante resaltar que en los Lineamientos para la formulación de la planeación institucional de la vigencia 2018, establecidos por el Proceso de Direccionamiento Estratégico, se fortaleció el ejercicio de identificar y asociar los riesgos a cada estrategia de los planes de acción.

PROCESOS	RIESGOS						
GESTION FARMACEUTICA	2						
GESTION DIRECTIVA	3						
GESTION DE CALIDAD	3						
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	3						
GESTION TECNOLOGIA BIOMEDICA	3						
GESTION DE COMPRAS	3						
GESTION LEGAL	4						
GESTION DE MERCADEO	4						
GESTION DE SALU PUBLICA	4						
GESTION DE PROGRAMAS ESPECIALES	4						
GESTION DE RECURSOS INFORMATICOS	4						
GESTION AMBULATORIA DE CONSULTA EXTERNA	5						
GESTION DEL TALENTO HUMANO	5						
GESTION DOCUMENTAL	6						
GESTION FINANCIERA	17						

2.7.3 Actividades de Control

De acuerdo con el Manual Operativo MIPG este componente se encuentra relacionado con las siguientes Dimensiones, presentadas previamente en el presente documento, así:

Dimensión MIPG	Presente Documento
Talento Humano	2.1
Direccionamiento Estratégico y Planeación	2.2
Gestión con Valores para Resultados	2.3

- Definió e Implementó controles preventivos, correctivos y detectivos para mitigar los riesgos.
- Se evaluaron los controles directamente en la herramienta diseñada para tal fin diligenciada por cada líder de Proceso.
- Los controles tienen propósitos establecidos, en relación con la causa y efecto.
- Los controles tienen definidos responsables, frecuencia y descripción de operación.
- En el monitoreo y seguimiento, que se efectúa directamente en la herramienta diseñada para tal fin diligenciada por cada líder de Proceso.
- Los procesos y dependencias han definido políticas y procedimientos, derivadas de la caracterización correspondiente.
- Para el seguimiento, cada dependencia cuenta con los planes de acción con la estrategia
- En el Plan de Acción de las dependencias, las actividades relacionadas con este componente: cuentan con el Tablero de Indicadores de medición el cual se realiza en forma Bimensual
- La Oficina de Control Interno afín de fortalecer el Control Interno Institucional, realiza "Estado y Monitoreo de Riesgos" en términos de materialización, oportunidad y calidad.
- El Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información, se destaca:

Se evidencia el compromiso de área de sistemas en lo correspondiente al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

Hay claridad y compromiso para que éste se vincule con un sistema unificado de gestión.

En las dependencias se esta enfatizando con la importancia del interés y conocimiento en relación con el manejo adecuado de la información y se han adoptado varios controles administrativos, físicos e informáticos que promueven la protección de la información.

2.7.4 Información y Comunicación

2.7.4.1 Información Comunicada a nivel Externo

La Entidad tiene identificados los mecanismos de recolección de información externa, los cuales se encuentran caracterizados por el Proceso de Atención al Usuario:

1. Formulario web para la recepción de PQRS (https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9590).
3. Línea Telefónica, 7722442
4. Sistema para el registro y gestión de correspondencia VENTANILLA UNICA Código: GSI-P-032
5. Buzón PQRS

Durante el período en mención, el proceso de Atención al Usuario presentó durante el período evaluado los Informes trimestrales pormenorizado, dando cumplimiento al https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9590

COMO CALIFICARIA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS?		Muy Buena	Buena	Regular	Malá	Muy mala	Total
		705	1297	161	15	5	2183
TASA DE SATISFACCION GLOBAL	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en Salud Sogamoso ESE	Número total de encuestados por Salud Sogamoso ESE		93.9%			
	2050	2183					

El Grupo de Atención a la Ciudadanía informó que se mantiene el control diario de reportar las PQRS. En cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa 001 de 2011 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional Las Oficinas de Control Interno o quienes hagan sus veces deberán efectuar un especial control y seguimiento al elemento sobre información primaria contenido en el Modelo Estándar de Control Interno -MECI-, a través de la vigilancia de las áreas de atención al usuario y demás dependencias responsables de atender los derechos de petición. Así mismo, deberán realizar el seguimiento a las quejas y reclamos que se presenten frente a los mismos. .

De acuerdo con la información reportada por la líder de atención al usuario, en el indicador *Atención oportuna a las Peticiones, Sugerencias, Quejas, Reclamos y Denuncias* se obtuvo un 100% de cumplimiento en respuesta oportuna de las PQRS, por parte de la oficina SIAU. Se encuentra publicado en https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9590

PQRS POR PROFESIONAL ENERO- JUNIO DE 2018						
PROFESIONAL PQR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Ruth Tamayo	1	-	-	0	0	0
Rubiela Rodríguez	1	-	-	0	0	0
Clara Chaparro	1	-	-	1	0	0
Jhoana Bernal	2	-	-	0	0	0
Vacunación	1	-	-	0	0	1
Ivonne Martínez	0	1	-	2	0	1
Shirley Fragoso	0	1	-	0	0	0
Julián Merchán	0	1	-	0	0	0
Angélica Maldonado	0	1	-	0	0	0
LisethAlvarez Rojas	-	-	-	1	0	0
Milena call center	-	-	-	1	0	0
Dra.ElsyHernández	0	0	0	0	1	0
Dr. Marco Núñez	0	0	0	0	0	1

TOTAL SEMESTRE PQRDSF						
PQRDSF	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Petición	0	0	0	0	0	0
Queja	6	4	0	8	2	5
Reclamo	3	0	0	1	3	2
Sugerencia	6	13	5	9	3	5
felicitación	1	13	20	13	2	4

PQRDSS SEMESTRE ENERO- JUNIO DE 2018						
CAUSAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Humanización del servicio	5	1	0	1	1	1
Mal facturado	1	1	0	0	0	0
Comunicación no asertiva	1	0	0	1	1	0
Accesibilidad teléfono	6	1	0	2	1	5
Medicamentos comparta	6	9	0	0	0	0
Racionalización del servicio	0	1	0	1	0	0
Puntualidad	0	0	0	3	1	2
No entrega medicamentos	0	0	0	0	1	1
Desorganización laboratorio	0	0	0	0	2	2
Vacunación	0	0	0	0	0	1

2.7.4.2 Seguimiento a compromisos de la Ley 1712

Durante el primer semestre 2018 lapso evaluado y de acuerdo con la información suministrada por la Oficina de Planeación y presentada en los Comité de Gestión y Desempeño y el Comité Directivo con corte a junio 30 el cumplimiento en la implementación de la ley 1712 es del 92.1%, con base en la calificación de la Matriz soporte Decreto 1712

2.7.4.3 Información comunicada a nivel Interno

La Oficina de Planeación para la **vigencia 2018** en su plan de acción definió 11 actividades enfocadas a capacitación, sensibilización y divulgación de temas asociados al Sistema Integrado de Gestión de SALUD SOGAMOSO E.S.E.

Para la **vigencia 2018**, la Oficina de Planeación dio continuidad a las estrategias y actividades asociadas a la capacitación, sensibilización y divulgación. Es importante resaltar que las dependencias se encuentran en la realización de las mismas, lo cual se está publicando- una vez se transcriba el documento 10 días posterior a la terminación de las mismas o finalización de cada semestre del 2018.

2.7.4.4 Divulgación y consulta de la documentación del Sistema de Gestión

Las directrices para el control de documentos se establecieron en el Procedimiento Generación y Control de Documentos y la Guía para la elaboración y control de documentos <https://www.saludsogamoso.gov.co/>

- Los documentos vigentes son los publicados en el https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=9637-allí están disponibles para su consulta y uso.
- La creación, modificación o eliminación de documentos se hace a través del Procedimiento Disposición de Documentos GSI-P-043 Módulo Documentos.
- Con el fin de dar cumplimiento a la política de "Eficiencia Administrativa" establecida en el Decreto 2482 de 2012, no se entregan copias físicas de los documentos vigentes a los usuarios internos del Sistema Integrado de Gestión de SALUD SOGAMOSO E.S.E.

Los Responsables de los Procesos durante el período evaluado, garantizaron que los documentos usados, correspondieron a las versiones vigentes, como se detalla en el presente documento en el numeral 2.3.1.2 literal c). Divulgación de Procedimientos.

2.7.4.5 Satisfacción de los usuarios frente a trámites y servicios de SALUD SOGAMOSO E.S.E.

Durante el período de análisis, la **Satisfacción de los usuarios frente a los trámites y otros procedimientos administrativos** obtuvo un cumplimiento del -92%, según el análisis de datos efectuado por la Oficina de Planeación con corte JUNIO 30, esto, que comparado con la Meta del -90%.

2.7.4.6 Sistemas de Información y Comunicación

Durante el período evaluado, SALUD SOGAMOSO E.S.E. continuando con el manejo de los sistemas que permitieron:

- La correspondencia a través de **la ventanilla única de recepción**
- Los bienes a través del Módulo de activo Fijos CNT Software.
- Presupuesto y Contabilidad a través CNT Software.
- Prestación del Servicio Asistencial en Salud Módulo PACIENTES a través de CNT Software
- Cartera, de usuarios, E.P.S. y demás Entidades Adquirentes de Nuestro Servicio a través del Módulo CARTERA CNT Software .

Es importante resaltar que mediante **Resolución 576 del 7 de Noviembre del 2017 se establece la Política de Gestión Documental de SALUD SOGAMOSO E.S.E., EN LA CUAL DEFINE LOS COMPONENTES ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 2609 ART. 6 DE LA Política de Gestión Documental**, así como los lineamientos establecidos por el Archivo general de Nación. En el procedimiento establecido se centralizará todo el proceso de gestión documental de la Entidad que incluye las actividades de planeación, producción, gestión y trámite, organización, transferencia, disposición de documentos, preservación y valoración. La operación de la herramienta tecnológica se esta en implementación y con el propósito de desarrollar en proceso mediante las tablas de Retención documental.

2.7.4.7 Seguimiento a compromisos de la Ley 1712

corte 30/06/2018

De acuerdo con los resultados obtenidos, DEL 92.1%, **donde los Líderes de procesos se comprometen a gestionar lo correspondiente para dar cumplimiento total a la Ley 1712 (Líder de Planeación, Líder de Sistemas y Comunicación**, en el Plan de Acción de las área correspondientes, todo lo cual se encuentra en desarrollo.

2.7.4.8 Información comunicada a nivel Interno

La Oficina de Planeación para la **vigencia 2018** en su plan de acción definió actividades enfocadas a capacitación, sensibilización y divulgación de temas asociados al Sistema Integrado de Gestión de SALUD SOGAMOSO E.S.E., las actividades que a la fecha no se han podido culminar la terminación, a la fecha se encuentran en desarrollo, dando cumplimiento a los Principios de Transparencia; a la vez que dar cumplimiento a las disposiciones de estipuladas en la Ley 1712 de marzo 6 del 2014

Para la **vigencia 2018**, la Oficina de Planeación dio continuidad a las estrategias y actividades asociadas a la capacitación, sensibilización y divulgación de Actividades a desarrollar durante la vigencia 2018. Es importante resaltar que las dependencias se encuentran en términos de ejecutar y reportar las actividades hasta los primeros 5 días después de finalizado cada trimestre del 2018.

2.7.4.9 Divulgación y consulta de la documentación del Sistema de Gestión

Las directrices para el control de documentos se establecieron en el Procedimiento Generación y Control de Documentos PROCEDIMIENTO DE ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL y la Guía para la elaboración y control de documentos:

- Los documentos vigentes son los publicados en el- https://www.saludsogamoso.gov.co/?page_id=8594, allí están disponibles para su consulta y uso.
- La creación, modificación o eliminación de documentos se hace a través del procedimiento establecido para tal fin y se denomina –DISPOSICION DE DOCUMENTOS en el - Módulo Documentos.
- Con el fin de dar cumplimiento a la política de "Eficiencia Administrativa

Los Responsables de los Procesos durante el período evaluado, garantizaron que los documentos usados, correspondieron a las versiones vigentes, como se detalla en el presente documento.

2.7.4.10 Satisfacción de los usuarios frente a trámites y servicios

Durante el período de análisis, la **Satisfacción de los usuarios frente a los trámites y otros procedimientos administrativos que prest SALUD SOGAMOSO E.S.E.** obtuvo un cumplimiento del 93%, según el análisis de datos efectuado por la Oficina de Planeación con corte junio 30, esto se debió a que se superó la meta de 90% al obtener un 92-% de usuarios que respondieron las encuestas, otorgando una calificación muy buena calificación

2.7.4.11 Sistemas de Información y Comunicación

Durante el período evaluado, SALUD SOGAMOSO E.S.E. continuó con el manejo de los sistemas que permitieron la administración eficiente de:

- Los bienes a través de CNT ACTIVOS FIJOS.
- La correspondencia VENTANILLA UNICA
- Los Inventarios a través de CNT .
- Presupuesto y Contabilidad a través de CNT FINANCIERO Y PRESUPUESTAL

La Prestación del Servicio de Salud a través de CNT ASISTENCIAL

Es importante resaltar que mediante **Resolución -de 2018**, se encuentra en desarrollo y alineación con el **Sistema de Gestión Documental**, denominado , mediante el cual se centralizará todo el proceso de gestión documental de la Entidad que incluye las actividades de planeación, prestación del servicio, gestión y trámite, organización transferencia, disposición de documentos, preservación y valoración. La operación de la herramienta tecnológica será a partir del mes de agosto-de2018.

2.7.5 Actividades de Monitoreo

2.7.5.1 Evaluación continua o Autoevaluación

2.7.5.2

1. *Oficina Control Interno*

2. *Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno –CICSCI*

Vigencia 2018

En lo corrido de la vigencia, se llevó a cabo la primera sesión del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno el día 05 de Marzo de 2018, en el cual se aprobó el Programa Anual de Auditorías. Además se dejó el Código de Ética del Auditor Interno, en igual forma se socializo el Estatuto de Control Interno, para así dar cumplimiento al decreto 648 del 2017.

3. *Enfoque hacia la Prevención*

Vigencia 2018

La Oficina de Control Interno dio continuidad a la estrategia 1: *Fortalecer la cultura del autocontrol, la autogestión y la autoevaluación para el mejoramiento continuo de SALUD SOGAMOSO E.S.E.* y programó las siguientes actividades:

1. Realizar en boletines de pago las definiciones de autocontrol, la autogestión y la autoevaluación
2. Realizar en boletines crucigramas de definiciones de los componentes del Control Interno
3. Realizar una capacitación con Evaluación de conceptos e interiorización de la Gestión del Riesgo
4. Realizar seguimiento semestral a la Gestión de Procesos alineados a MIPG
5. Resultados Evaluación del Sistema de Gestión

2.7.5.3 AUDITORIAS

Programa Anual de Auditorías Internas

2.7.5.5.2 *Planes de Mejoramiento Institucional*

La Oficina de Control Interno durante el semestre, efectuó monitoreo permanente a los planes de mejoramiento suscritos por los procesos y dependencias, a través de correos informativos que generaron alertas a los responsables de la ejecución a fin de dar cumplimiento al Procedimiento Respuestas extemporáneas a las PQRS.

- Incumplimiento de resultados en Planes de Acción e indicadores.
- Cumplimiento del Plan de Mejoramiento (No Eficacia).
- Publicación de información relacionada con la ejecución contractual.

4. DIFICULTADES

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustaron al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia y eficacia.

Original Firmado

GILMA JANETH PERICO GRANADOS

Oficina de Control Interno

SALUD SOGAMOSO E.S.E.