



GOBERNACIÓN DE RISARALDA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

INFORME DE AVANCE FRENTE AL MIPG

NOMBRE DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA: HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS		
FECHA DE PRESENTACIÓN: 18 DE AGOSTO DE 2022		
PERIODO DEL INFORME: MARZO A JULIO DEL 2022		
PRESENTADO POR: LUISA FERNANDA OSORIO BEDOYA		
<u>PERIODO DEL PRESENTE INFORME: MARZO A JULIO DEL 2022:</u>		
1. ESTADO DE LAS POLITICAS:		
POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	% AVANCE FRENTE A LOS PLANES DE ACCIÓN PROPUESTOS A LA FECHA	RESALTE LOS PRINCIPALES AVANCES PARA ESTE PERIODO
TALENTO HUMANO	80%	1.El conocimiento general de las normas aplicables al proceso de talento humano, depende en gran medida de la actualización exitosa del Normograma de la entidad, la que a su vez depende de un trabajo conjunto con el proceso jurídico. 2.La información en el SIGEP, requiere revisión y actualización. 3.Se requiere crear un mecanismo de información que permita visualizar en tiempo real la planta de personal y generar reportes, articulado con la nómina de la entidad. 4.Se deben mejorar los tiempos de cubrimientos de vacantes definitivas. 5.Se requiere actualizar el manual de funciones de acuerdo a las normas vigentes.
INTEGRIDAD	80%	1.Se continúa con la socialización permanente del Código de Integridad. 2.Entrega física de la cartilla de Código de Integridad



		posterior a la inducción.	
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	85%	1.La prestación del servicio de urgencias se encuentra en el área asignada para este ya que los trabajos de adecuación están culminados. 2.Se continua con la gestión de los proyectos inscritos en el plan Bienal. 3.Se llevo a cabo la semana de la Salud, liderada desde el área de Seguridad y salud en el trabajo en aras de mejorar y sensibilizar al personal en estilos de vida saludables. 4.Se realizo tamizaje de riesgo visual y cardiovascular al personal de la institución. 5.Se implemento y socializo el manejo de la Viruela Símica. 6.Se han realizado talles de seguridad vial, riesgo psicosocial, manejo de las emociones, autocuidado, estrés e higiene del sueño. 7.Se está trabajando en la herramienta STARH para los indicadores de amenazas y vulnerabilidad dentro del plan hospitalario de emergencia.	
GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO	98%	Se realiza el reporte de los siguientes informes: 2193 ministerio de salud y protección social en la plataforma SIHO El CHIP presupuestal y contable a la contaduría general. Se envía informe SIA OBSERVA de manera mensual a la contraloría. Se remite de manera trimestral el insumo al área de control interno para la elaboración del Informe de austeridad del gasto; Informe mensual financiero. Se realiza el comité de glosas y sostenibilidad, comité de facturación y cartera y contratación de manera mensual, se establecen estrategias para la facturación y radicación de cuentas a las diferentes entidades responsables de pago de igual se imparten estrategias para realizar las gestiones de cobro de cartera efectivo. (Conciliaciones con las entidades, cobros persuasivos, conciliaciones extrajudiciales) Publicación en la página	



		web: Estados financieros Ejecuciones presupuestales mensuales y sus modificaciones, acuerdos aprobados por junta directiva y CODFIS y resoluciones de modificación del plan de adquisición. Seguimiento a la ejecución del presupuesto de gastos. Análisis mensual financiero. Para el segundo trimestre del año 2022 el cumplimiento del indicador del plan adquisiciones obtuvo un resultado del 67%. El resultado del indicador equilibrio presupuestal con reconocimiento para el segundo trimestre 2022 arroja un resultado del 112 % El resultado del indicador equilibrio presupuestal con recaudo para el segundo trimestre 2022 arroja un resultado del 91% lo que quiere decir que la E.S.E Hospital Santa Mónica es eficiente en su gasto. La información financiera está acorde con el manual de políticas y procedimientos contables. Se está realizando la revisión y actualización de la política contable de activos fijos. Se realiza publicación mensual de los estados financieros y ejecuciones presupuestales en la página web de la entidad.	
COMPRAS Y CONTRATACIÓN	80%	Se cuenta con un proceso del sistema de gestión de calidad el proceso 14 ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS, en el cual se estandariza el procedimiento de contratación con el fin de mitigar los tiempos de dichos procesos. Se hace una verificación por medio de listas de chequeo de esta manera se garantiza que el proceso de compra y contratación cumpla con todos los requerimientos solicitados por la entidad. Se ha generado capacitaciones para los procesos de contratación de la entidad por medio de un profesional con el fin de fortalecer y clarificar los requerimientos del mismo.	
FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	70%	1.Se ha realizado la actualización del proceso de inducción. 2.Se cuenta con la plataforma SISA para el registro,	



			análisis y seguimiento de los indicadores de calidad. 3. Se realizó el ciclo de auditoría interna a los procesos de la institución.	
SERVICIO CIUDADANO	AL	90%	La entidad ha venido desarrollando las siguientes actividades en cuanto a servicios al ciudadano: 1. Elaboración del plan de atención al ciudadano vigencia 2022. 2. Presentación a control interno nuevo. 3. Definición de variables para la caracterización de víctimas de violencias- del conflicto armado (PAPSIVI) migrantes y salud mental valorados por trabajo social. 4. Se entrega al área comercial el diseño del llavero con la identificación y cómo actuar según el tipo de usuario. 5. Autoevaluación estándares gerencia de la información. 6. Autoevaluación de estándares cliente asistencial. 7. Elaboración e impresión de stiker para migrantes que requieren clasificación socioeconómica y registro en SAT. 8. Se recibió asistencia técnica en participación por parte de la referente de la gobernación. 9. Se atendió la auditoría el procedimiento de quejas con la EAPB Asmetsalud. 10. Informe SIAU en comité técnico. 11. Elaboración del manual de servicio al ciudadano en cumplimiento de los lineamientos de la función pública	
PARTICIPACION CIUDADANA		40%	La entidad ha venido desarrollando las siguientes actividades en cuanto a participación ciudadana: 1. Información a usuarios en salas tema deberes y derechos (# 40). 2. Elaboración de informe “la Voz del Cliente externo”.	



		3.Reunión Comité de ética hospitalaria. 4.Revisión de estándares “cliente asistencial” con liga de usuarios y formulación de acciones de mejora. 5.Revisión del plan para la implementación de la política de participación social en salud 2021 y seguimiento de actividades 6.Elaboración de rotafolio con deberes y derechos para ser difundidos por auxiliar SIAU a usuarios en salas. 7.El comité de ética invita a funcionarios implicados en quejas y hace un análisis de fondo identificando elementos que inciden en la atención del usuario 8.Se elabora y edita volante sobre que es, conformación y funciones del comité de ética para funcionarios y usuarios 9.Se diseña y edita separador de libros con temas de inclusión LGBTIQ 10.Respecto a la política de participación en el 2021 se elabora el plan y se implementan algunas acciones, las que se evidencian a través de la referente de participación del Municipio y la gobernación. Para este año se está subiendo en el archivo plano de la plataforma PISIS y ya para el 2023 hacerle el seguimiento por la plataforma. 11.Se garantiza para el periodo 2022 la participación del representante de población con discapacidad para así garantizar la inclusión de población vulnerable en los comités que operan en la institución en este caso comité de ética hospitalaria quien ya también cuenta con el representante de la población LGBTIQ+	
RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES	72%	La entidad ha venido desarrollando las siguientes actividades en cuanto a racionalización de tramites: 1.Reunión con funcionario de calidad de la nueva farmacia. 2.Radicación y trámite de quejas por la plataforma PANACEA.	



		3. Se le indica los procedimientos del SIAU que tienen relación con la farmacia. (necesidades y expectativas- racionalización de trámites- ventanilla prioritaria y atención a la población prioritaria- trámite de pertinencia médica)	
GOBIERNO DIGITAL	71%	La entidad ha realizado las siguientes acciones, en materia de seguridad digital: 1. Parametrización y control de acceso a páginas web a través de consola del SOPHOS. 2. Protocolo de actualizaciones de seguridad de antivirus y SOPHOS. 3. Protocolo de cambio y Uso de contraseña de acceso a red y aplicativos institucionales. 4. Protocolo para la actualización de antivirus y consola de administración centralizado en área TI de la entidad. 5. Unificación de antivirus corporativo desde los terceros para garantizar la administración central desde el área TI de la entidad. 6. Protocolo para la realización copias de seguridad de forma periódica. 7. Solicitud a la gerencia de la entidad, de inclusión de cláusulas en contratos con terceros, para garantizar el cumplimiento de políticas de TI, en materia de seguridad e infraestructura. 8. Realización de diagnósticos establecidos el 30L1029 - O16 Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, presentación de informe a la gerencia. 9. Reestructuración de la red de datos, por fases de acuerdo a presupuesto disponible 10. Presentación del informe de estado y necesidades a cubrir por parte del área de mantenimiento y sistemas de información para cuartos de comunicaciones de la sede principal y centros de atención ambulatoria.	



		11. Se incluyó en Plan Bienal los siguientes proyectos: • Plan de reposición de equipos de cómputo por obsolescencia tecnológica y de sistema operativo para la atención de usuarios en la sede principal y los centros de atención ambulatoria. • Actualizar la infraestructura tecnológica del datacenter, que garantice la prestación normal de los servicios, el acceso ininterrumpido a los sistemas de información, la seguridad informática y la continuidad de las operaciones mediante la estructuración de planes de contingencia y recuperación ante un desastre. • En el mes de agosto de 2022, se entregó solicitud de renovación de licencia de SOPHOS y de ARCSERVE Estos proyectos se enviaron a la Gobernación de Risaralda, con el fin de conseguir co-financiación por parte de dicha entidad. También se entregó información a la Alcaldía de Dosquebradas para la inclusión en proyecto del Municipio de Dosquebradas. 12. Se realizó diagnóstico del estado de rack de la sede principal y se realizó socialización a la gerencia. Se tiene programado realizar diagnóstico de los centros de atención ambulatoria, con la meta de realizar proyecto de Reestructuración de la red de sistemas. De este diagnóstico se desprendió proyecto de Cuarto de Datos de Hospitalización. 13. Se realizó diagnóstico y presentación a la gerencia de la red de sistemas de los centros de atención ambulatoria, con el fin de que la gerencia pueda realizar plan de intervención y ajustes. 14. Se realizó revisión y aprobación de proyecto de cambio de infraestructura de conectividad para los CAA, en donde se hará cambio de tecnología de la transmisión de datos y se instalará internet directo en cada sede remota. Se iniciaron visita para planeación de obras en julio de 2022. 15. Se actualizó resolución de comité de Gobierno Digital, antitrámites y Protección de Datos, mediante resolución 203 de 2022, estamento responsable de la implementación de todo lo relacionado con	
--	--	---	--



		Transparencia y Acceso a la Información, Gobierno Digital, Antitrámites y Protección de Datos.	
SEGURIDAD DIGITAL	70%	La entidad ha realizado las siguientes acciones, en materia de seguridad digital: 1.Parametrización y control de acceso a páginas web a través de consola del SOPHOS 2.Protocolo de actualizaciones de seguridad de antivirus y SOPHOS 3.Protocolo de cambio y Uso de contraseña de acceso a red y aplicativos institucionales 4.Protocolo para la actualización de antivirus y consola de administración centralizado en área TI de la entidad 5.Unificación de antivirus corporativo desde los terceros para garantizar la administración central desde el área TI de la entidad 6.Protocolo para la realización copias de seguridad de forma periódica. 7.Solicitud a la gerencia de la entidad, de inclusión de cláusulas en contratos con terceros, para garantizar el cumplimiento de políticas de TI, en materia de seguridad e infraestructura. 8.Realización de diagnósticos establecidos el 30L1029 - O16 Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, presentación de informe a la gerencia. 9.Reestructuración de la red de datos, por fases de acuerdo con presupuesto disponible 10.Presentación del informe de estado y necesidades a cubrir por parte del área de mantenimiento y sistemas de información para cuartos de comunicaciones de la sede principal y centros de atención ambulatoria. 11.Se cuenta con riesgos documentados y gestionados, relacionados con el tema de seguridad de la información.	



		12.En el mes de agosto de 2022, se entregó solicitud de renovación de licencia de SOPHOS y de ARCSERVE Estos proyectos se enviaron a la Gobernación de Risaralda, con el fin de conseguir cofinanciación por parte de dicha entidad. También se entregó información a la Alcaldía de Dosquebradas para la inclusión en proyecto del Municipio de Dosquebradas. 13.Se realizó diagnóstico del estado de rack de la sede principal y se realizó socialización a la gerencia. Se tiene programado realizar diagnóstico de los centros de atención ambulatoria, con la meta de realizar proyecto de Reestructuración de la red de sistemas. De este diagnóstico se desprendió proyecto de Cuarto de Datos de Hospitalización. 14.Se realizó diagnóstico y presentación a la gerencia de la red de sistemas de los centros de atención ambulatoria, con el fin de que la gerencia pueda realizar plan de intervención y ajustes. 15.Se realizó revisión y aprobación de proyecto de cambio de infraestructura de conectividad para los CAA, en donde se hará cambio de tecnología de la transmisión de datos y se instalará internet directo en cada sede remota. Se iniciaron visita para planeación de obras en julio de 2022	
DEFENSA JURÍDICA	76%	1.La entidad ha integrado un Comité de Conciliación conformado por funcionarios de nivel directivo designados para el efecto, de acuerdo con lo previsto en la Ley 23 de 1991, modificada por la Ley 446 de 1998 y para el caso de los municipios de 4a, 5a y 6a categoría según la Ley 1551 de 2012. 2. El Comité de Conciliación elabora documentos con los perfiles de abogados externos, y tiene en cuenta los criterios de litigiosidad, complejidad de los casos y el impacto de los procesos. Adicionalmente, remite los perfiles de abogados externos a la oficina jurídica, a la dependencia encargada de la contratación y al representante legal. 3.La entidad tiene definidos los criterios de procedencia	



		y rechazo de las solicitudes de conciliación. 4.El Comité de Conciliación efectúa un seguimiento permanente a la gestión del apoderado externo sobre los procesos que se le hayan asignado. 5.La entidad registra las solicitudes de conciliación, o de otros Métodos Alternativos de Solución de Conflictos, y sus actuaciones y decisiones en un sistema de Información y, adicionalmente, cuenta con copia física y/o magnética de los documentos soporte. 6.El área de defensa judicial cuenta con la tabla de retención documental y/o tablas de valoración documental para la gestión de archivos. 7.El Comité de Conciliación cuenta con estrategias de defensa focalizadas en la reiteración, la complejidad de los casos y el impacto del caso en términos de pretensiones, posibilidad de éxito, visibilidad ante los medios de comunicación, entre otros. 8.La entidad obedece los parámetros fijados en los decretos Decretos 2469 de 2015 y 1342 de 2016 que reglamentan los pagos desde el Decreto Único del Sector de Hacienda y Crédito Público. 9.El Comité de Conciliación adopta la decisión motivada de iniciar o no el proceso de repetición en un término no superior a cuatro (4) meses, y se presenta la correspondiente demanda, cuando la misma resulte procedente, dentro de los dos (2) meses siguientes a la decisión. Lo anterior es verificado por la oficina de control interno. 10.La entidad cuenta con una política pública de prevención del daño antijurídico aprobada por el Comité de Conciliación mediante acta. 11.La entidad ha adoptado procesos y/o procedimientos internos específicos para la defensa jurídica en los sistemas de gestión de calidad de las entidades.	
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL	80%	1.Se implementó el módulo de planes de mejoramiento en la plataforma GMA CALIDAD; en el cual se realiza	



DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		registro de los indicadores de calidad e indicadores normativos. 2.Gestión de los planes de mejora por los diferentes puentes de los lideres de los procesos. 3.Presentacion del informe de control político ante la Asamblea Departamental. 4.Se llevo a cabo la Rendición de cuentas en junio del 2022. 5.Seguimientos permanentes realizados por las diferentes EPS y Entes de Control al cumplimiento de los indicadores de Gestión. 6.Acompañamiento continuo a los líderes de proceso para el uso de los módulos de la plataforma GMA Calidad. 7.Presentacion de la evaluación gerencial según la Resolución 408/2018 ante la Junta Directiva.	
CONTROL INTERNO	80%	1.El primero de junio de 2022, el Asesor de Control Interno elaboró y publicó en la página Web institucional el “INFORME INTERPRETACIÓN RESULTADOS Y RECOMENDACIONES MECI - FURAG 2021”. 2.Se elaboró Plan de Acción de Acción MIPG de la Dimensión y la Política de Gestión de Control Interno, teniendo en cuenta las Recomendaciones determinadas en los Resultados desempeño institucional Territorio, vigencia 2021-MECI del FURAG, recomendaciones del Autodiagnóstico y otros. Este Plan se viene desarrollando con el fin de acatar las recomendaciones a través de las acciones de mejora propuestas y a implementar.	
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION	80%	<u>SISTEMAS DE INFORMACION:</u> <u>DATOS ABIERTOS:</u> Para la vigencia 2022, se realizaron dos capacitaciones de Datos abiertos, con el fin de formar a los servidores públicos en el entendido que la información de la entidad es pública y las características de los datos	



		abiertos que deben estar publicados en los sitios web. Se construyó y capacitó sobre el formulario de PQRSD y PQRSD anónimo a la coordinadora del SIAU, para su implementación y despliegue en la entidad, a la fecha se encuentra en proceso de implementación por parte dicha unidad. Se ha capacitado durante toda la vigencia 2022, sobre la administración y uso del módulo de PQRS en la herramienta CNT PANACEA, que tienen entre muchas de sus funcionalidades su trámite en línea y la respuesta al usuario de forma automática. El área de sistemas de información realizó capacitaciones sobre la realización de publicaciones que deben hacer las diferentes áreas y responsables de información y las cuales deben hacerse en la página web de la entidad, de acuerdo con lo establecido en la Matriz ITTA de la Procuraduría, en cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 – Ley de Transparencia y Acceso a la información. <u>PROTECCION DE DATOS:</u> Se garantiza que en los procesos de inducción en los cuales el proceso de (26) Talento Humano, se incluya información relacionada con el tema de la Ley 1581 de 2012 - Ley de Protección de Datos Personales. Se actualizó e incluyó en el sistema de gestión de calidad institucional, documentos relacionados con la protección de datos, así: •30L1030 - O24 Política Tratamiento de datos personales •30L1029 - O23 Protocolo interno de seguridad de la información •30L1029 - O22 Manual de Protección y Tratamiento de Datos Personales •30L1029 - O16 Plan de Seguridad y Privacidad de la Información •30L1029 - O19 Registro Activos de Información •LISTADO DE ASISTENCIA FORMATOS	
--	--	---	--



		•30L1029 - F36 Aviso de Privacidad (MERCADERO) •30L1029 - F35 Consentimiento para Datos Sensibles •30L1029 - F34 Consentimiento Expreso con Transmisión y o transferencia de Datos •30L1029 - F33 Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales •30L1029 - F32 Registro de incidencias y plan de acción •30L1029 - F31 Organización Bases de Datos •30L1030 - F26 Contrato de cesión de bases de datos •30L1029 - F26 Inventario de bases de datos por áreas - Protección de datos. •26L925 - F24 Consentimiento para la utilización de imágenes personales •26L925 - F22 Consentimiento Informado para Datos de Menores de Edad. •26L925 - F09 Contrato confidencialidad y deber secreto – contratista. •26L925 - F14 Contrato confidencialidad y deber secreto – empleado. •26L925 - F17 Consentimiento Expreso con Transmisión y o transferencia de Datos •26L925 - F07 Consentimiento informado en investigación. COMITÉ GEL (COMITÉ DEL GOBIERNO DIGITAL) •Se actualizó la resolución de comité de Gobierno Digital, antitrámites y Protección de Datos, mediante resolución 203 de 2022, estamento responsable de la implementación de todo lo relacionado con Transparencia y Acceso a la Información, Gobierno Digital, Antitrámites y Protección de Datos .	
GESTIÓN DOCUMENTAL	80%	1.La entidad cuenta con documento borrador el procedimiento de Derechos de Petición; el cual está a la espera de visto bueno de Abogada responsable del proceso. 2.Se realizaron dos capacitaciones sobre generalidades de la Gestión Documental y sobre la aplicación de la TRD, en los meses de junio y julio de 2021. Se programaron para el mes de febrero de 2022 nivelación con los ausentes a estas dos capacitaciones, y continuar capacitaciones de TRD, Transferencias documentales, entre otros.	



		Se incluyeron en Plan de Capacitaciones Institucional, en documento 26L925-F16 NECESIDADES DE CAPACITACION POR UNIDADES para la vigencia 2022. 1.Se iniciará con proceso de actualización de TRD para la vigencia 2022. 2.Se hizo revisión de archivos de gestión de las dependencias que están autorizadas a tener archivos de gestión, se incluyó el área jurídica, se realizó reunión con asesor jurídico, se explica proceso que deben implementar por tener archivo de gestión bajo responsabilidad. Se determina que se hará transferencia de todos los expedientes que reposan en dicha oficina desde el 2017 al 2021. Se realizará reunión para capacitar sobre el procedimiento a seguir. 3.Se entregó a recursos humanos, la propuesta entregada por el SENA, para la formación y capacitación en tecnólogos en Gestión Dtal. No se pudo realizar actividad durante la vigencia 2021, ya que el SENA requería un grupo mínimo de 35 personas, el cual no fue posible de consolidar desde la E.S.E. La entidad cuenta con procedimiento documentado e implementado para la Gestión Documental incluido en el SGC y disponible en la siguiente ruta: 1.Se cuenta con PINAR actualizado para la vigencia 2022 2.Se realizaron diagnósticos de archivos y visitas de inspección a los archivos. Se incluyó en Plan de Adquisición 2022 y Plan Estratégico 2022. La gerencia definió que por dificultades presupuestales no era posible realizar contrato, se reciben instrucciones de realizar depuración con recurso humano del archivo de historias clínicas, de enero a agosto de 2022, se han eliminado 7.328.000 compromisos de reserva de la historia clínica, correspondiente a las vigencias 2016 hacia atrás de acuerdo con los tiempos establecidos por la Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 839 de 2017.	
--	--	--	--



			3. Se iniciaron labores de depuración y eliminación de archivo con el personal del área ante las dificultades presupuestales para contratar tercero que pudiera realizar la tarea de forma más rápida.	
	Gestión del Conocimiento y la Innovación	70%	1. Se realiza matriz de comunicación del proceso de Talento Humano. 2. Actualización de los riesgos del proceso de Talento Humano. 3. 3. Actualización de las rutas de inducción del personal y actualización de la Cartilla de Inducción. 4. Se realiza constantemente el diligenciamiento de protección de datos.	



Políticas mejora normativa y gestión de la información estadística: No aplica para Institutos Descentralizados

- RELACIONE CUANTOS COMITÉS INSTITUCIONALES SE HAN HECHO Y FECHA DE REALIZACION DE LOS MISMOS (ENERO – JULIO 2022):

Se ha realizado un Comité de Gestión y Desempeño con fecha del 28 de marzo del 2022

- OBSERVACIONES U OTRAS CONSIDERACIONES PARA SER PRESENTADAS EN EL CDGD (Comité Departamental de Gestión y Desempeño):

Sin observaciones para el periodo.

LUZ MARINA OSSA MONCADA/ GERENTE

**LUISA FERNANDA OSORIO/ RESPONSABLE
MIPG**





