



GOBERNACIÓN DE RISARALDA
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
INFORME DE AVANCE FRENTE AL MIPG

NOMBRE DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA
FECHA DE PRESENTACIÓN: 17 DE MARZO DE 2023
PERIODO DEL INFORME: ENERO A MARZO DE 2023
PRESENTADO POR: LUISA FERNANDA OSORIO BEDOYA

PERIODO DEL PRESENTE INFORME: ENERO A MARZO DE 2023:

1. INDIQUE LOS AVANCES FRENTE AL MIPG VIGENCIA 2023:

- CUMPLIMIENTO DECRETO 612 DE 2018: Enviar anexo las evidencias correspondientes y acta de aprobación del CIGD de los mismos.

Para dar cumplimiento al decreto 612 del 2018 en el artículo "2.2.22.3.14. Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción. La ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas se publicaron los planes institucionales en la página Web de la institución al 31 de enero del 2023.

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/pinar-2023/>
2. Plan anual de Adquisiciones
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/plan-de-adquisiciones-vigencia-2023/>
3. Plan anual de vacantes
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/plan-anual-de-vacantes-y-prevision-del-rrhh-3/>
4. Plan anual de previsión de Recursos Humanos
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/plan-anual-de-vacantes-y-prevision-del-rrhh-3/>
5. Plan Estratégico de talento humano
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/plan-estrategico-de-talento-humano-2023-2/>
6. Plan Institucional de capacitaciones
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/programa-de-capacitacion-2023/>
7. Plan de incentivos institucionales
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/programa-de-bienestar-estimulos-e-incentivos-2023/>
8. Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/plan-anual-sgsst-2023/>
9. Plan anticorrupción y atención al ciudadano
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/plan-anticorruptcion-ano-2023/>
10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/peti-2023/>



11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/plan-gestion-riesgo-seguridad-de-informacion/>

12. Plan institucional de archivos PINAR
<https://hospitalsantamonica.gov.co/download/pinar-2023/>

2.AVANCE FRENTE A PROCESOS DE AUTODIAGNÓSTICO:

La institución ha realizado los autodiagnósticos de lo corrido en la vigencia enero a marzo del 2023, los cuales se presentan a continuación:

Nota 2: Si a la fecha no se han realizado, indicar fecha programada para adelantar dicho proceso.

POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	CALIFICACIÓN AUTODIAGNÓSTICO	OBSERVACIONES
Talento Humano	77%	• Componente de planeación 92.3% • Componente de Ingreso 73.6% • Componente de Desarrollo 75.3% • Componente de Retiro 66.7% Las calificaciones por categoría de los componentes de Planeación, ingreso, Desarrollo y retiro. 1. Conocimiento normativo y del entorno 85% 2. Gestión de la información 91. % 3. Planeación estratégica 96% 4. Manual de funciones 90% 5. Arreglo Institucional 90% Las calificaciones por categoría del componente de Ingreso 1. Provisión de empleo 66% 2. Gestión de la Información 95% 3. Meritocrática 50% 4. Gestión del empleo 100% 5. Conocimiento institucional 100%. 6. Gestión de la Información 80% 7. Gestión del desempeño 80% 8. Capacitación 79% 9. Clima Organizacional y cambio cultural 80% 10. Gerencia Pública 85% 11. Administración del talento humano 80% 12. Desvinculación asistida 80% OBSERVACIONES GENERALES: 1. Están recopilados y organizados los lineamientos institucionales macro aplicables al proceso de Talento Humano de la entidad.



		- 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. - Se Requiere actualizar el 100% de funcionarios públicos en la página del SIGEP II. Igualmente verificar la vinculación de todos los contratistas de la E.S.E. - Se debe mejorar el cubrimiento de las vacantes definitivas y provisión de la planta temporal para la vigencia 2023. - Se requiere implementar mecanismos para evaluar competencias de candidatos a cubrir cargos de libre nombramiento en la E.S.E. - Se tiene articulado el proceso de nómina mejorando el sistema de liquidación y pago, se cuentan con bases de datos de funcionarios actualizadas. - Por falta de recursos no se están cubriendo las vacantes definitivas. - Se está gestionando el proceso con la Comisión Nacional del Servicio Civil, actualizando las OPEC de la entidad. - No se cuenta con información sobre cargas de trabajo por empleo y por dependencia, personal afrodescendiente y LGBTI - Se cuenta con procedimiento implementado dentro del SGC sobre la evaluación de desempeño - La E.S.E debe establecer una planta para al área administrativa, incluyendo los cargos necesarios para que sea una planta flexible. Solo se cuenta con el cargo de gerente en el nivel directivo. - Se deben implementar mecanismos para gestionar el conocimiento que dejan los servidores que se desvinculan de la entidad. - Para La vigencia 2023, se está elaborando el plan de Prepensionados
Integridad	87.5%	- Se continúa con la socialización permanente del Código de Integridad. - Entrega física de lacartilla de Código deIntegridad posterior a la inducción
Fortalecimiento organizacional	83%	- Establecer en la planta de personal de la entidad los empleos suficientes para cumplir con las funciones de la institución 92% - Definir en la planta de personal de la entidad los perfiles de los empleos teniendo en cuenta la misión, los planes, programas y proyectos 90%



		- Ajustar el manual de funciones de la entidad de acuerdo con el Decreto 815 de 2018 90% - Elaborar planes para la adecuación y mantenimiento de los edificios, sedes y espacios físicos como parte de la gestión de los bienes y servicios de apoyo de la entidad 90% - Considerar los resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación 72% - Verificar que el inventario de bienes de la entidad coincide totalmente con lo registrado en la contabilidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación 80% - Fortalecer el equipo de auditoría interna, según la norma ISO 9001 del 2015, para dar cumplimiento al perfil de las competencias de educación, formación y experiencia para el cargo de auditor interno de sistema de gestión de calidad 60% - Seguimiento al cumplimiento de los indicadores de los procesos de calidad por la plataforma SISA 90% OBSERVACIONES GENERALES - La institución debe trabajar en esta vigencia con los grupos de valor para darles mayor visibilidad en la toma de decisiones de la institución, con la conformación del comité de participación social se va a crear espacios para este tipo de cambios en la institución - En el momento se presentan unas pequeñas diferencias en los dos módulos (contable y de equipos) las cuales están identificadas; el área de activos fijos realiza el asentamiento mensual de los activos y cada mes contabilidad realiza arqueos de las mismas. * Para fin de año se espera tener cero diferencias en inventarios y contabilidad - Se solicitó la cotización del ente certificador para la formación del equipo de auditores internos en la GTC ISO 19011 del 2018. *Aprobación y asignación del personal que va a conformar el equipo auditor que va a ser formado * Realizar y aprobar el curso por el equipo designado por la Gerencia * Dar cumplimiento al plan anual de auditorías
Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	98%	Programación Presupuestal 100% En la institución se cuenta con los siguientes programas: plan de bienestar, el plan de vacantes, incentivos capacitaciones. Integra las necesidades de talento humano. El presupuesto se realiza sustentado en el plan de adquisidores y las necesidades presentadas en la mesa de trabajo que se realizan antes de la elaboración del presupuesto.



		En forma trimestral se analizan los resultados de la gestión presupuestal en forma comparativa con la vigencia anterior y por supuesto al cierre de cada una de las vigencias. • Anteproyecto de Presupuesto 100% Se realiza resolución de liquidación del presupuesto acorde a la norma legal • Ejecución Presupuestal 100% La Entidad esta reglamentada bajo el acuerdo 05 del 2014 • Ejercicio Contractual 100 % La entidad se reglamenta bajo el proceso 14 de adquisición de bienes y servicios • Ejercicio Contable 91,1% Para esta vigencia la Institución debe ajustar la política de Propiedad planta y equipos. Se surten procesos de conciliación en forma mensual, por cada una de las unidades de apoyo, además de los análisis que se realizan en forma mensual de los resultados financieros, aspectos que garantizan la calidad de la información. La institución cumple con lo establecido en el régimen de contabilidad pública y la resolución 414 de 2.014
Compras y contratación	88%	• Se cumplió con la publicación en SECOP II de la contratación realizada con corte al primer bimestre de la vigencia 2023 • Se elabora y construye la base de datos con el total de contratación realizada en la vigencia 2022. • Se construye borrador con el fin de actualizar Manual de contratación de la ESE. • La medición se realiza con una herramienta propia que está en desarrollo y mejora, en Excel.
Planeación	90%	Para el mes de diciembre la E.S.E Hospital Santa Mónica recibió la visita del ente certificador ICONTEC para la auditoria de seguimiento de recertificación. Se presentó el informe de Rendición de la Cuenta Anual Consolidada a la Contraloría General de Risaralda correspondiente al periodo 2022 Se formularon los planes institucionales para la vigencia 2023, los cuales se publicaron en la fecha establecida para ello.



		Para esta vigencia se van a realizar por medio del área de talento humano capacitaciones a todo el personal de la institución para el fortalecimiento de los valores institucionales de la entidad. El área de Seguridad y salud en el trabajo en la vigencia 2023 va a actualizar a los miembros del comité sobre su actividad y responsabilidad en el desarrollo del SG-SST
Servicio al ciudadano	93%	• Caracterización usuarios y medición de percepción 90% Desde la applicativa panacea se determina, recopila y analiza los datos, donde se realizan las encuestas de satisfacción al usuario donde los usuarios de acuerdo con las preguntas aplicadas pueden calificar los servicios ofrecidos por la ESE y estos se determinan de acuerdo con la resolución 256 para Salud. se realiza seguimiento mensual de aplicabilidad de acuerdo con las encuestas de satisfacción. Del resultado de estas encuestas se realiza seguimiento en cada una de las diferentes áreas del hospital, también se realiza seguimiento incognito donde de acuerdo a las respuestas dadas por los usuarios y se realiza llamada por parte de un funcionario para validar si la encuesta tiene veracidad. • Formalidad de la dependencia o área 94,1% el SIAU y cuenta con un procedimiento documentado- 1. procedimiento trámite para la pertinencia medica de fórmulas que exceden el tope 13U816-P01 2-participacion social en salud 13U816-P02 3 información y orientación al usuario 13U816-P04 4- valoración por trabajo social 13U816-P05 5- ruta de afiliación al SGSSS 13U816-P07 6- recepción, tramite y resolución de quejas, reclamos y sugerencias 13U816-P08 • Procesos 95% si se cuenta con el procedimiento documentado en la oficina de calidad con evaluación y seguimiento a través del asesor de control interno quien produce un informe para subir a la página web de la entidad. procedimiento recepción, tramite y resolución de quejas, reclamos y sugerencias 13U816-P08 • Atención incluyente y accesibilidad 88% se contaba con ajustes razonables en lo pertinente a ayudas técnicas en todos los servicios (sillas de ruedas) - la oficina del SIAU cuenta con personal que está capacitado en lenguaje de señas- falta la señalización en brailles en puntos de información, los que fueron retirados por requerimiento de las adecuaciones en la infraestructura. Falta señalización, falta atención prioritaria a las personas discapacitadas y con limitación de movilidad



		• Sistemas de información 100% Se cuenta con un responsable de comunicaciones quien por la página web y otros medios está constantemente brindando información a los ciudadanos al igual que se cuenta con un link contáctenos que permite la interacción con los usuarios mediante un auxiliar administrativo siau responsable de ello. Se implemento un CHAT con la línea telefónica 314765062 para solicitar información, citas, apoyo, quejas, etc ; igualmente se tiene la plataforma suit- página web - chats de la liga de usuarios- oficina de información y atención al usuario- y el link contáctenos de la página web • Publicación de información 93,8% Es necesario que identifiquemos los grupos de interés y establecer las acciones, estrategias, lenguaje acorde a sus necesidades y expectativas de información • Canales de atención 95,7% Se cuenta con instalaciones adecuadas - auditorios- salas de espera- y de lunes a viernes en horario laboral interacción con la plataforma a través del chat de contáctenos - también la gerencia interactúa a través de actividades de rendición de cuentas con grupos organizados y la línea de chat, y la liga de usuarios y estudiante de la universidad autónoma. • Protección de datos personales 98,3% Está documentado en la oficina de sistemas de información el SIAU realizo el listado de bases de datos que se maneja en nuestra área y se pasó a la oficina de sistemas. • Gestión de PQRDS 92,2% Se realiza mensual trimestral, semestral y anual documento que se denomina LA VOZ DEL CLIENTE EXTERNO. se realiza en el informe la voz del cliente externo las conclusiones, recomendaciones y se tiene en cuenta en un cuadro los tramites inscritos en el DAFP numero de población atendida y quejas mes a mes recibidas por ese trámite. • Gestión de talento humano 90% La oficina del SIAU realizo el perfil del personal administrativo, se realizó la evaluación de los funcionarios del SIAU. • Control 87,5% El asesor de control interno recibe los informes y participa en el comité de gestión y desempeño , conoce los resultados del autodiagnósticos de MIPG- hace el seguimiento a las acciones de racionalización en la plataforma SUIT. • Buenas prácticas 91,7% Según necesidades detectadas- los casos de jornadas de atención al usuario- jornadas para programas especiales y para citas médicas cuando se desea bajar el volumen de demanda rechazada.
--	--	---



Participación ciudadana	70%	• Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana 74% • Promoción efectiva de la participación ciudadana 66% OBSERVACIONES GENERALES • La Entidad debe de diagnosticar los grupos de valor y reglamentarlos, ya que al contar con tantas líneas y tantos programas se cuentan con muchas líneas de estas sin ninguna reglamentación por parte de la entidad. La entidad no tiene espacios abiertos para incluir a los grupos de interés en los procesos de planeación, implementación evaluación y control • e cuenta con la caracterización de grupos de valor (papsivi- migrantes- violencia sexual- violencia conyugal- violencia intrafamiliar- intención suicida-) por trabajo social • la entidad que ha promovido capacitación es la asociación de hospitales- secretaria de salud municipal- en la ruta cardiovascular y en comparendo educativo- en el plan de capacitación vigencia 2023 se incluyen temáticas de capacitación a funcionarios en temas relacionados con la PPSS • Para la vigencia 2023 se está en la conformación del comité de participación social ciudadana el cual va la ciudadanía tendrá mayor visibilidad en la toma de decisiones, ya que es un legítimo derecho de estos en la concesión de la entidad
Racionalización de Trámites	81,1%	• Construir el inventario de trámites y otros procedimientos administrativos 90% En la vigencia del 2022 se realizó reunión con cada responsable del trámite inscrito en la función publica para definir actualización y acciones de racionalización- en la vigencia 2023 se continuará con la revisión y actualización • Registrar y actualizar tramites y otros procedimientos administrativos en el SUIT 97,5% En la vigencia del 2022 se actualizaron los tramites inscritos en la plataforma SUIT de la función publica en la vigencia 2023 se continuará con la revisión y actualización • Difundir información de oferta institucional de trámites y otros 80% En reunión del comité de gestión de agosto se presentó el requerimiento a recursos humanos para que los funcionarios realicen el curso virtual de lenguaje claro 2022 desde la oficina de recursos humanos se lleva el registro de los funcionarios que realizan el curso de lenguaje claro. En la vigencia 2023 se continuará con la revisión y actualización como tarea de la capacitación que recibieron los funcionarios • Identificar tramites de alto impacto y priorizar 86,7% Se cuenta con matriz de tramites donde se identifican las necesidades y expectativas de los usuarios y se identifica las quejas



		que tienen relación en la vigencia 2023 se continuará con la revisión y actualización. Se incluyo en las encuestas de satisfacción la pregunta sobre la percepción de los tramites inscritos en la plataforma SUIT de la función publica en la vigencia 2023 se continuará con la revisión y actualización. • Formular la estrategia de racionalización de tramites 87,5% Se plantea las estrategias; se tiene pendiente socialización con la Gerencia. En la vigencia 2022 se establece la racionalización de tramites en la plataforma SUIT de la función pública; en la vigencia 2023 se continuará con la revisión y actualización. • Implementar acciones de racionalización normativas 51,7% En la vigencia 2023 se tiene pendiente por revisar los actos administrativos se generarán a partir de la estabilización de la modalidad contractual con las EAPB y se actualizarán o realizarán los actos administrativos a que haya lugar según el decreto tratar este item en la reunión de asesoría y capacitación matriz itia-. Elaborar una matriz interna que identifique los productos y/o servicios vs consulta a la ciudadanía que tienen relación con los tramites con estudiantes de servicio social, liga de usuarios y comité de ética se han realizado sondeos de opinión sobre percepción y ética. • Implementar acciones de racionalización administrativas 75% Se cuenta con mejoras tecnológicas desde la vigencia 2022, se han realizado mejoras tecnológicas en trámites de imagenología con la consecución de un tomógrafo y en citas con equipos de cómputo - tratar el tema a que hace referencia este item en el comité de gobierno en línea para la vigencia 2023. • Implementar acciones de racionalización que incorporen el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones 85% En la vigencia 2023 se debe revisar este item con el comité de gobierno digital -y mercadeo. Se está realizando y se tendrá en cuenta en los informes de este item • Cuantificar el impacto de las acciones de racionalización para divulgarlos a la ciudadanía 65% Se recibió asesoría del funcionario responsable de racionalización de la alcaldía de Dosquebradas julio 2021. En la vigencia 2023 revisar este item con el comité de gobierno en línea. Con cada líder de proceso se hace la difusión de los tipos de acciones de racionalización (normativa- tecnológica- administrativa) en la vigencia 2023 se realiza mediante el despliegue en el boletín institucional, página web y redes sociales. • Realizar campañas de apropiación de las mejoras internas y externas 85% Se hace por medio del comparendo educativo se realiza en forma personalizada por el SIAU - en los espacios de participación, a través de la presidente de la liga a usuarios en salas y a través de
--	--	--



		los medios virtuales de la entidad. Igualmente, a través del chat de contáctenos. que cuenta con una frecuencia de uso alta.
Gobierno Digital	80%	La entidad ha realizado las siguientes acciones, en materia de seguridad digital: Con relación a TIC PARA GOBIERNO, se ha realizado: • Sede electrónica de la E.S.E, alineada con la Matriz ITTA de la procuraduría. • Se realizan capacitaciones permanentes relacionadas con las características exigidas por la Resolución 1519 de 2020, en cuanto a los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos • Seguimientos permanentes al cumplimiento desde el comité de Gobierno Digital • La entidad cuenta con bases de datos publicados en DATOS.GOV.CO. • La entidad realiza eventos de participación ciudadana y rendición de cuenta a la comunidad utilizando medios tecnológicos. La entidad adelantó durante el periodo evaluado acciones, iniciativas o ejercicios de colaboración con terceros usando medios electrónicos para solucionar un problema de la Entidad • Enterprice • Interoperabilidad • Servicio Farmacéutico • TIGO UNE – Implementación de tecnología SDWAN para los centros de atención ambulatoria, mejorando la atención a los usuarios Con relación a TIC PARA SERVICIOS, se ha realizado: La entidad cuenta con servicios centrados en el usuario e implementados en la última vigencia en la sede electrónica de la entidad, así: • Detecta • PQRS • Autorización tratamiento de datos • Solicitud de citas • Liga de usuarios • Call Center para solicitud de citas de medicina general, medicina especializada e imagenología. • Cuenta con herramientas tecnológicas consistente en Sistemas PQRS en la página web de la entidad y en CNT PANACEA que, le permiten a la responsable del proceso y coordinadora del SIAU; garantizar el sistema único integrado exigido por la resolución 1519 de 2020 • Monitoreo permanente a la Estrategia de Gobierno Digital en el comité de Gobierno Digital, Anti trámites y Protección de Datos.



		Con relación a TIC PARA LA GESTION, se ha realizado: PETI - Documentado hace 4 años y se actualiza cada vigencia, se hace plan de acción, incluido en el Plan de Desarrollo 2020 – 2023 y se hace seguimiento al cumplimiento. Este documento se actualiza en cada vigencia y se le hace seguimiento a cumplimiento mediante el plan de acción descrito para cada año. • Implementó procesos de mantenimiento preventivo • Implementó procesos de mantenimiento correctivo • Implementó una mesa de servicios para el soporte y atención de incidentes y problemas de los servicios tecnológicos. • Proceso de Adquisición Bienes y Servicios y todo lo implementado por Acreditación en Salud para estándares Gestión de la Tecnología y Gerencia de la Información. • Análisis permanente de los procesos del SGC • Políticas de reducción del uso del papel • El programa de gestión documental de la entidad cumple con Criterios de seguridad, disponibilidad y conservación de los documentos. • Se cuenta con conexión a proceso de interoperabilidad de la Gobernación de Risaralda. • Se cuenta con proceso documentado y ejecutado de mantenimientos preventivos realizados a los servicios tecnológicos respecto del total de mantenimientos preventivos establecidos en el plan de mantenimiento de servicios tecnológicos. Con relación a SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN, se ha realizado: • Parametrización y control de acceso a páginas web a través de consola del SOPHOS • Protocolo de actualizaciones de seguridad de antivirus y SOPHOS • Protocolo de cambio y Uso de contraseña de acceso a red y aplicativos institucionales • Protocolo para la actualización de antivirus y consola de administración centralizado en área TI de la entidad • Unificación de antivirus corporativo desde los terceros para garantizar la administración central desde el área TI de la entidad • Protocolo para la realización copias de seguridad de forma periódica. • 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. • Realización de diagnósticos establecidos el 30L1029 - O16 Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, presentación de informe a la gerencia. • Reestructuración de la red de datos, por fases de acuerdo a presupuesto disponible • 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.
--	--	---



		•Se incluyó en Plan Bienal los siguientes proyectos: 2 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. 3 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. 4 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. •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. •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. •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. •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. Para la vigencia 2023 se firmó contrato de prestación de servicios nro. 246 de 2022, cuyo objeto es: “Realizar diagnóstico y actualización de la criterios, documentos y herramientas, establecidas por la política de gobierno digital en la E.S.E Hospital Santa Mónica, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de las TICS, a través de su manual de implementación. Además, la realización de todas las actividades necesarias para la Transición y actualización del protocolo ipv4 a ipv6 establecida por la política del Gobierno digital que garanticen el cumplimiento por parte de la entidad. Todo ello Mediante licencia de uso de software en la nube.
Seguridad Digital	75%	<u>Seguridad Digital - Sistemas de Información</u> La entidad ha realizado las siguientes acciones, en materia de seguridad digital: • Se hizo gestión del pool ipv6 para la entidad al LACNIC •Se cuenta con PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION



		documentado hace 5 años y se actualiza cada vigencia, se hace plan de acción, incluido en el Plan de Desarrollo 2020 – 2023 y se hace seguimiento al cumplimiento • Parametrización y control de acceso a páginas web a través de consola del SOPHOS • Protocolo de actualizaciones de seguridad de antivirus y SOPHOS • Protocolo de cambio y Uso de contraseña de acceso a red y aplicativos institucionales • Protocolo para la actualización de antivirus y consola de administración centralizado en área TI de la entidad • Unificación de antivirus corporativo desde los terceros para garantizar la administración central desde el área TI de la entidad • Protocolo para la realización copias de seguridad de forma periódica. • 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. • Realización de diagnósticos establecidos el 30L1029 - O16 Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, presentación de informe a la gerencia. • Reestructuración de la red de datos, por fases de acuerdo a presupuesto disponible • 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. • Se cuenta con riesgos documentados y gestionados, relacionados con el tema de seguridad de la información. • 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. • 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. • 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. • Se realizó revisión y aprobación de proyecto de cambio de infraestructura de conectividad para los CAA, en donde se realizó Implementación de tecnología SDWAN para los centros de atención ambulatoria, mejorando la atención a los usuarios • Para la vigencia 2023 se firmó contrato de prestación de servicios nro. 246 de 2022, cuyo objeto es: “Realizar diagnóstico y actualización de la criterios, documentos y herramientas, establecidas por la política de gobierno digital en la E.S.E Hospital Santa Mónica, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de las TICS, a través de su manual de implementación. Además, la realización de todas las actividades necesarias para la Transición y actualización del protocolo ipv4 a ipv6
--	--	--



		establecida por la política del Gobierno digital que garanticen el cumplimiento por parte de la entidad. Todo ello Mediante licencia de uso de software en la nube.
Defensa Jurídica	81%	• Se surtió una verificación, depuración y actualización de las bases de datos de procesos judiciales, instauradas por el medio de control de nulidad y restablecimiento de derecho. • Se encuentra en construcción una ficha técnica modelo con el fin de ser aprobada por los miembros del comité de conciliación y defensa, para el análisis de las solicitudes de conciliación.
Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	85%	• Para la vigencia 2023 la entidad está formando el comité de participación social ciudadana con el objetivo de crear espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos para llevar a cabo mejoras a los procesos y procedimientos de la entidad. En el cual se van a establecer actividades para informar directamente a los grupos de valor sobre los resultados de su participación en la gestión mediante el envío de información o la realización de reuniones o encuentros. • En el transcurso del año se va a realizar la construcción, levantamiento y migración en la plataforma GMA de los riesgos de seguridad digital de la entidad. • Se van a realizar los seguimientos a los planes de mejoramiento solicitados por los entes de control. • Se va a seguir realizar acompañamiento continuo a los líderes del proceso para el uso y control de los módulos de la plataforma GMA calidad. • Se realiza la programación para la vigencia 2023 de las auditorías internas de la institución
Control Interno	85%	A pesar que ya se llevan dos meses y medio de la vigencia 2023, aún no se han actualizado ni el Autodiagnóstico de la política de Gestión de Control Interno 2023, ni el Plan de Acción Integrado de todas las Políticas 2023, por las actividades que se enunciaran a continuación y que son evidencias para demostrar el avance porcentual de la Política para la calificación del Autodiagnóstico: 1. Actualmente tenemos Auditorias de los entes de control que generan un flujo constante de entrega de información tanto de manera fisca como digital por medio de aplicaciones OneDrive suministradas por dichos entes: CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA: A) Auditoría de Cumplimiento vigencias 2020,2021 y 2022. Objetivo General: Evaluar el cumplimiento de las operaciones administrativas, contractuales y financieras de la entidad respecto al uso y disposición de los recursos públicos (transferencias y propios); conforme a la normatividad y los principios de la gestión



		administrativa y fiscal, para las vigencias 2020, 2021 y 2022. Inicio: 07-02-2023 Finaliza: 19-07-2023. B) Auditoría Denuncia SIPAR 2022-255425-80664-D, relacionada con presuntas irregularidades en el convenio Interadministrativo 01-2021 (Hospital- Municipio de Dosquebradas) Construcción CADRI. Inicio: 17-02-2023 Finaliza: en curso. CONTRALORÍA GENERAL DEL RISARALDA: A) Auditoría Exprés. Objetivo General: Ejercer vigilancia y control fiscal sobre la contratación celebradas por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas con la Empresa UCIMED, contrato de arrendamiento del área de cuidados intensivos, por presuntas irregularidades que comportan presente daño patrimonial. 2. Actividades realizadas que contribuyen o apuntan al cumplimiento del Plan de Acción Integral de las Políticas de Gestión MIPG y al Plan de Acción de la Actualización 2023 del Autodiagnóstico de la Política Control Interno: A) En el mes de enero se elaboró el Inventario de Informes de Ley de la Oficina de Control Interno, se reportó y publicó el 4º. Informe Seguimiento Trimestral Austeridad del Gasto Público 2022, el Segundo Informe Semestral Pormenorizado 2022, Informe de Gestión C.I. 2022, Informe Avance Planes de Mejoramiento Contralorías 2022, Informe semestral de PQRS. Participación y presentación Comité Técnico Fortalezas, debilidades y necesidades de cada dependencia, participación en comités institucionales, seguimiento contratación SIAOBSERVA. B) En el mes de febrero se logró consolidar y reportar oportuna y satisfactoriamente: los formatos e informes requeridos para la Cuenta Anual Consolidada 2022, rendidos en la plataforma SIA- Sistema Integral de Auditoría de la Contraloría General del Risaralda. Así mismo, se dio cumplimiento con: Evaluación del Control Interno Contable para la CGN, participación en comités institucionales, seguimiento contratación SIAOBSERVA. C) En lo corrido del mes de marzo se apoyó en diferentes reuniones para la rendición a los informes al MinSalud: Seguimiento Programación Actividades Política de participación Social 2022 y Programación Política de participación Social 2023- PISIS. Consolidación en asocio con la Coordinación de Sistemas y Gestión Documental para la presentación del Reporte de Derechos de Autor. Participación y apoyo Comités de Gobierno Digital Plan de Acción y programación Reporte ITA 2023, Planeación para presentación Programa Anual de Auditorías, participación en comités institucionales, seguimiento contratación SIAOBSERVA. Nota 2: Para el próximo avance se presentarán la Actualización del Autodiagnóstico con su respectivo Plan de Acción y lo correspondiente a Control Interno del Plan de Acción Integrado
--	--	---



Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción	80%	<u>SISTEMAS DE INFORMACION:</u> <u>DATOS ABIERTOS:</u> Se tiene proyectado realizar 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 realizarán reuniones con la epidemióloga de la entidad, para realizar las publicaciones de datos abiertos, con el fin de utilizar el alto volumen de datos recopilados y organizados desde esta área. Los cuales son de gran aporte para la comunidad y los colaboradores de la E.S.E. 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. Para el mes de marzo de harán capacitaciones con la líder de PQRS, para reforzar el conocimiento sobre las herramientas dispuestas el página web y en CNT PANACEA, que tienen entre muchas de sus funcionalidades su trámite en línea y la respuesta al usuario de forma automática. Se reglamentaron las jornadas de seguimiento y capacitación sobre las responsabilidades en la publicación de información en la página web de la E.S.E Hospital Santa Mónica, de acuerdo a las siguientes circulares internas: • Circular Normativa 08 de 2020 • Circular Normativa no- 10 de 2022 • Circular Normativa nro. 013 de 2022 • Circular Informativa nro. 10 de 2022 El área de sistemas de información programó capacitaciones; en el mes de marzo de 2023; 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 a 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 • 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 Se expidió Circular Interna Normativa 12 de 2022, que establece: 1. Que los responsables de bases de datos realicen la actualización mensual; dentro los primero cinco días hábiles del mes siguiente; de las bases de datos inscritas en el RNBD; cuando haya lugar a modificaciones en alguno de los campos descritos en el respectivo anexo. 2. En caso de que no se presente ninguna modificación, deberá realizarse el reporte en negativo. 3. En el caso de Nuevas bases de datos: Deberá realizarse el reporte de una nueva base de datos en el formato ORGANIZACION DE BASES DE DATOS; incluido en el sistema de gestión de calidad de la entidad; dentro de los 15 días calendario, siguientes a su creación. El proceso de reporte al RNBD se definirá en conjunto con el oficial de cumplimiento de Protección de Datos, que corresponde a la coordinadora de sistemas de información y gestión documental.
Gestión Documental	80%	• 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. • Se realizaron dos capacitaciones sobre generalidades de la Gestión Documental y sobre la aplicación de la TRD. 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 2023. • Se iniciará con proceso de actualización de TRD para la vigencia 2023. • 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 realizar reunión para capacitar sobre el procedimiento a seguir. • 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: • Se cuenta con PINAR actualizado para la vigencia 2023 • 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 a los tiempos establecidos por la Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 839 de 2017. • 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	82%%	• Identificación del conocimiento mas relevante de la entidad 85% • Ideación 73,3% • Innovación 90% • Diagnostico general 87,5% • Evaluación 87,5% • Banco de datos 80% • Clasificación y mapa de conocimiento 75% • Innovación 90% • Ejecución de análisis y visualización de datos e información 70% • Establecimiento de acciones fundamentales 81,7%



		• Estrategias de enseñanza-aprendizaje 86,5% • Consolidación de la cultura de compartir y difundir 83,3% OBSERVACION GENERALES • Se cuenta con el área de talento humano para realizar capacitación para el programa de Bienestar, Estímulos e Incentivos de la Institución • Igualmente se fortalecerán la cultura organizacional que promueva al cambio y la innovación del 2023 • Se implementará en la vigencia 2023 los autodiagnósticos del COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO en la plataforma GMA • Desde el área de planeación se Identificará y desarrollara las diferentes acciones que promuevan una cultura organizacional orientada hacia la gestión del conocimiento.
*Políticas mejora normativa y gestión de la información estadística: No aplica para Institutos Descentralizados • OBSERVACIONES U OTRAS CONSIDERACIONES PARA SER PRESENTADAS EN EL CDGD(Comité Departamental de Gestión y Desempeño): La primera reunión del Comité de Gestión y Desempeño se va a realizar en la última semana del mes de marzo para revisar los autodiagnósticos y las acciones ejecutadas en el transcurso de lo que va corrido del año. NOMBRE Y FIRMA GERENTE NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE MIPG		