FECHA:	19/04/2024
ACTIVIDAD:	Diligenciamiento Autodiagnósticos MIPG
PROCESO VINCULADO:	Lideres del Proceso - Planeacion
RESPONSABLE:	Planeación
OBJETIVO:	Promover el proceso de autoevaluación en todas las áreas de la Institución como mejora continua e inherente al desarrollo de la gestión para la buenas prácticas y acciones de mejoramiento necesarias.

CONTENIDO DEL INFORME:

Introducción:

La gestión de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, debe estar orientada por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que, según dispone el Decreto1499 de 2017, es el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

La herramienta de autodiagnóstico permite a la E.S.E desarrollar su propio ejercicio de valoración del estado de cada una de las dimensiones en las cuales se estructura MIPG, adicionalmente, permitirá evaluar el cumplimiento de los objetivos del Modelo, sus avances, sus mejoras, todo a partir de la información que suministren directamente los lideres del proceso que están vinculados a la Institución.

Objetivo General:

Realizar el análisis periódico de los procesos y resultados de la gestión, con el fin de identificar las mejoras encontradas para cada ejercicio realizado en el autodiagnóstico y proyectar los planes de acción para la mejora continua.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

Objetivos Específicos:

Socializar la implementación del Modelo Integrado de Planeacion y Gestión MIPG que tiene la institución a través de los resultados obtenidos, siempre promoviendo la autoevaluación como proceso inherente a la gestión institucional.

Canalizar la información clara, precisa que facilite avanzar en la definición, estructuración y planes de acción para el avance integrado de cada una de las dimensiones y políticas.

Aspectos Evaluados:

DIMENSIÓN DEL MODELO	HERRAMIENTA DE AUTODIAGNÓSTICO
Dimensión Talento humano	1. Gestión del Talento Humano 2. Integridad
Dimensión de Direccionamiento estratégico y planeación	3. Direccionamiento y Planeación estratégica
Dimensión Gestión con valores para el resultado	4. fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos 5. Gobierno Digital 6. Seguridad Digital 7. Defensa Jurídica 8. Mejora Normativa 9. Servicio Ciudadano 10. Racionalización de Trámites 11. Participación Ciudadana
Dimensión Evaluación de Resultados	12. Seguimiento Evaluación del Desempeño
Dimensión Información y comunicación	13. Transparencia y Acceso a la Información 14. Gestión Documental
Dimensión del Conocimiento	15. Gestión del conocimiento y la innovación
Control interno	16. Control Interno

Implementación:

1. Orientar la implementación, operación, seguimiento y evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la Institución.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

2. Diligenciamiento del FURAG Vigencia 2023

3. Articulación de las siete (7) dimensiones que agrupen a su vez la política.

4. Identificar la línea base como punto de partida para establecer los criterios diferenciales para detectar las falencias y potenciar las fortalezas e incrementar el puntaje.

5. Proponer un ejercicio comunicativo y pedagógico enfocado en promover los cambios requeridos para generar transformaciones en la gestión social de los usuarios.

Dimensiones Operativas de MIPG:

Dimensión No.1: Talento Humano

- Política de Gestión Estratégica del Talento Humano **77.4**

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO			
RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR			
RUTA DE LA FELICIDAD **La felicidad nos hace productivos**	**78**	- Ruta para mejorar el entorno físico del trabajo para que todos se sientan a gusto en su puesto	**77**
		- Ruta para facilitar que las personas tengan el tiempo suficiente para tener una vida equilibrada: trabajo, ocio, familia, estudio	**78**
		- Ruta para implementar incentivos basados en salario emocional	**78**
		- Ruta para generar innovación con pasión	**78**
RUTA DEL CRECIMIENTO **Liderando talento**	**78**	- Ruta para implementar una cultura del liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento	**80**
		- Ruta para implementar una cultura de liderazgo preocupado por el bienestar del talento a pesar de que está orientado al logro	**77**
		- Ruta para implementar un liderazgo basado en valores	**79**
		- Ruta de formación para capacitar servidores que saben lo que hacen	**77**

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

RUTA DEL SERVICIO **Al servicio de los ciudadanos**	**78**	- Ruta para implementar una cultura basada en el servicio	**77**
		- Ruta para implementar una cultura basada en el logro y la generación de bienestar	**78**
RUTA DE LA CALIDAD **La cultura de hacer las cosas bien**	**77**	- Ruta para generar rutinas de trabajo basadas en "hacer siempre las cosas bien"	**77**
		- Ruta para generar una cultura de la calidad y la integridad	**76**
RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS **Conociendo el talento**	**73**	- Ruta para entender a las personas a través del uso de los datos	**73**

Resultado Autodiagnóstico Gestión del Talento Humano 77,4

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

INICIO RESULTADOS RUTAS

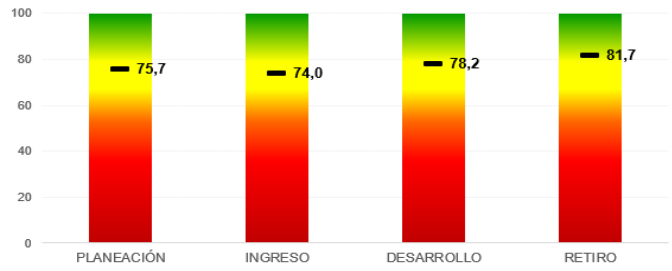
RESULTADOS GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO

1. Calificación total:

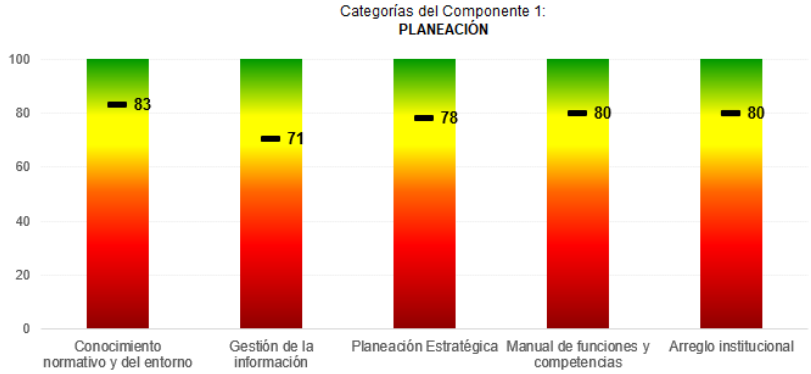
DOCUMENTO CONTROLADO

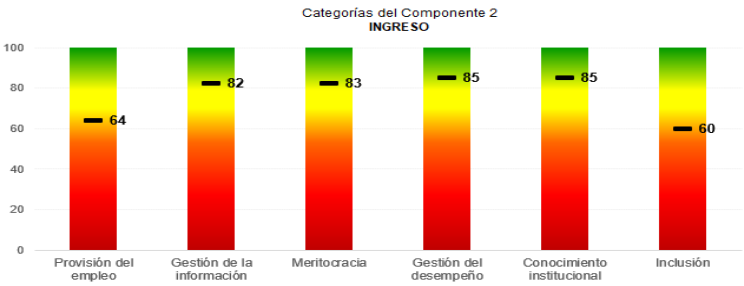
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

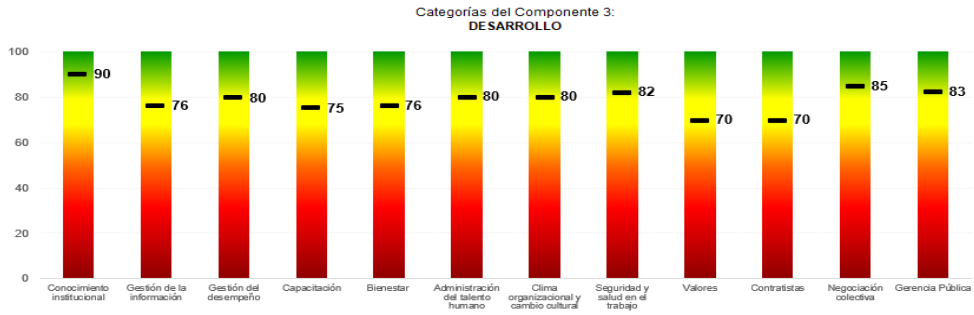
2. Calificación por componentes:



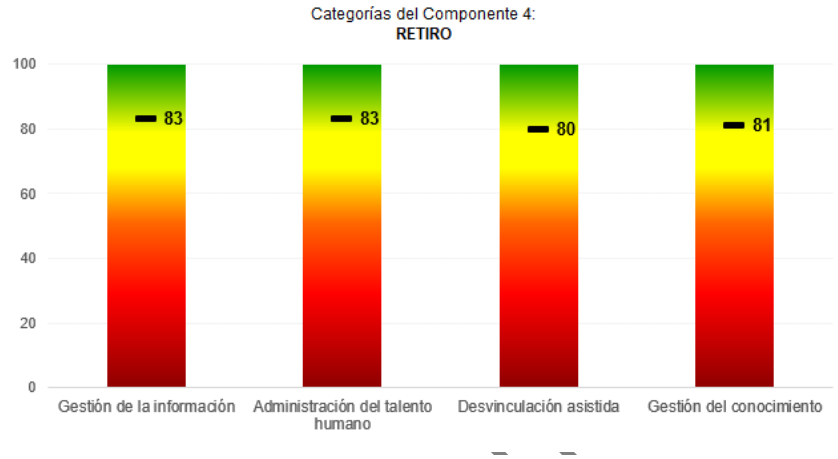
3. Calificación por categorías:



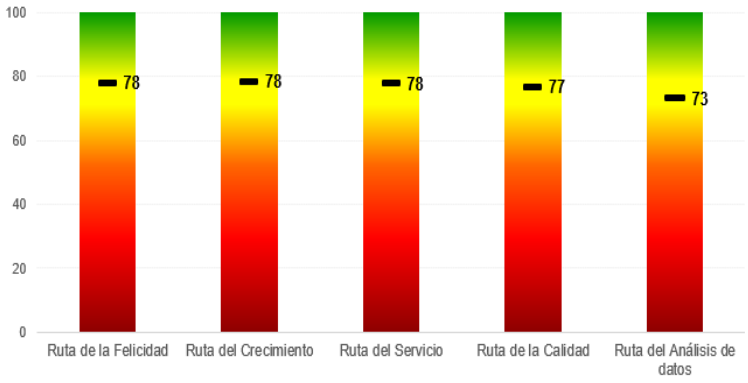




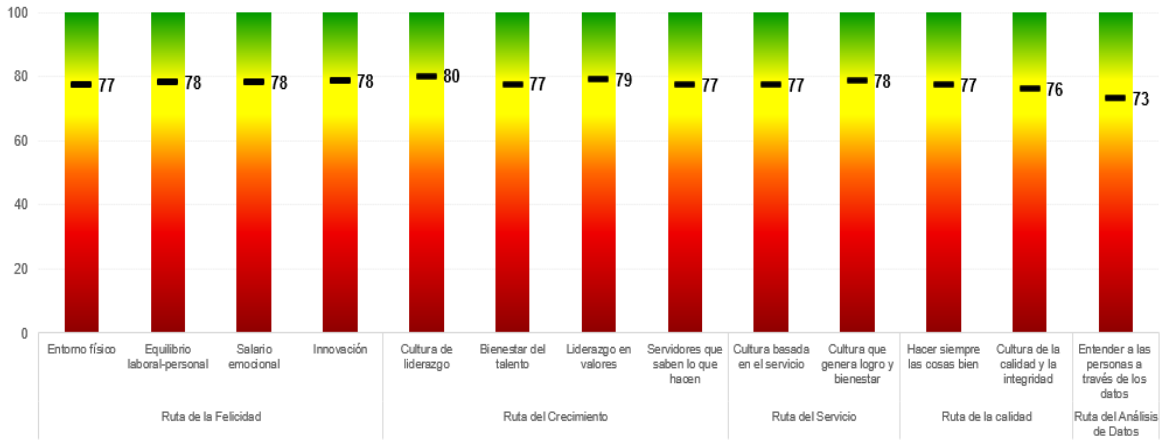
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".



4. Calificación por Rutas de Creación de Valor:



4. Desagregación de la Rutas de Creación de Valor:



"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

FORTALEZAS

- El plan estratégico de talento humano incluye un Plan Institucional de Capacitación que se ejecuta de acuerdo con lo planificado
- El plan estratégico de talento humano incluye un Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo que se ejecuta de acuerdo con lo planificado y al que se le evalúa la eficacia de su implementación.
- Se realiza la reinducción a más tardar cada dos años con la participación del 100% de los servidores.
- Se elaboró el Plan de Bienestar e Incentivos y se realizaron todas las actividades en él incluidas.
- Se incluyeron actividades deportivas, recreativas y vacacionales en el plan de bienestar e incentivos.
- Se han analizado diferentes alternativas de mecanismos para promover la rendición de cuentas por parte de los gerentes (o directivos) públicos.
- La entidad ha implementado algunos mecanismos para gestionar el conocimiento que dejan los servidores que se desvinculan.

DEBILIDADES

- Hojas de vida y vinculación del 100% de los servidores públicos de la Entidad ante el SIGEP.
- Actualización del manual de función y creación de los perfiles
- Contar con un mecanismo de información que permita visualizar en tiempo real la planta de personal y generar reportes, articulado con la nómina o independiente, diferenciando: Personas con discapacidad, pre pensionados, cabezas de familia, pertenecientes a grupos étnicos o con fuero sindical.
- Monitoreo y seguimiento del SIGEP
- Se debe actualizar el manual de funciones y a la vez actualizar el sistema de evaluación acorde con el decreto 815 de 2018.
- Se debe implementar y hacer seguimiento de los programas de capacitación implementados en la institución.
- Se debe realizar y proyectar dentro del plan de capacitaciones un eje temático que incluya actividades de transformación digital y gobierno digital.
- Se debe realizar y proyectar dentro del plan de capacitaciones un eje temático que incluya actividades de gestión del conocimiento y la innovación.
- Dentro del plan de bienestar se contemplan los incentivos pero no se tienen creados grupos internos de trabajo.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

- Preparación a los pre pensionados para el retiro del servicio.
- Se debe implementar la estrategia salas amigas de la familia lactante
- Se debe establecer un mecanismo para desarrollar el uso de la bicicleta por parte de los colaboradores.
- La entidad debe contar con los equipos suficientes para salvaguardar la información de cada área evitando la fuga de información institucional

Dimensión No.1: Talento Humano

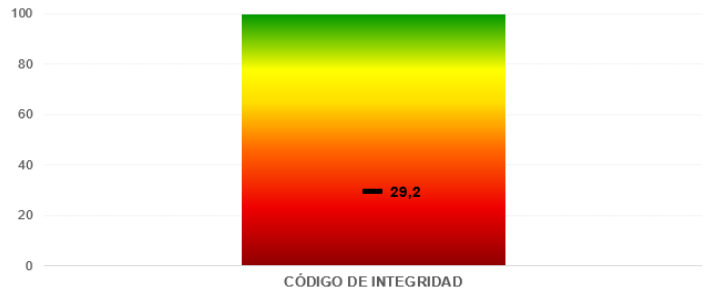
- Política de Integridad **29.2**

TROLADO

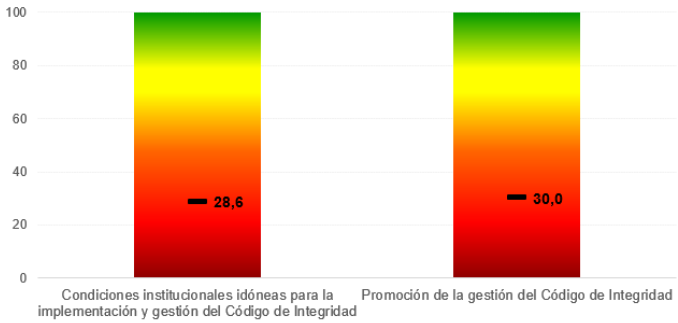
mipg | modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS CÓDIGO DE INTEGRIDAD

1. Calificación total:

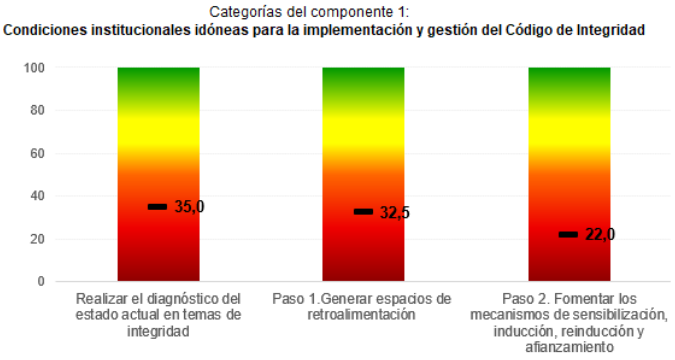


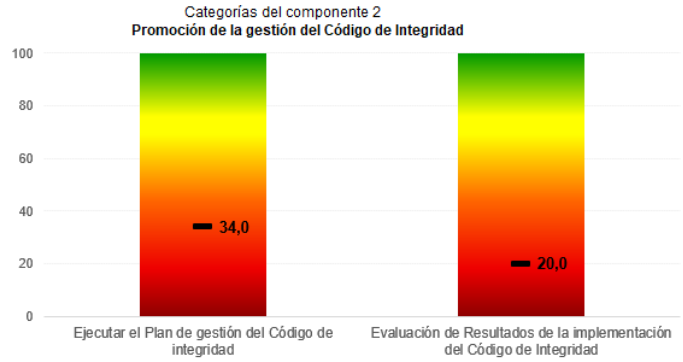
2. Calificación por componentes:



"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

3. Calificación por categorías:





FORTALEZAS:

- Se cuenta con codigo de Integridad y Politica
- Fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento de los contenidos del Código de Integridad.

DEBILIDADES:

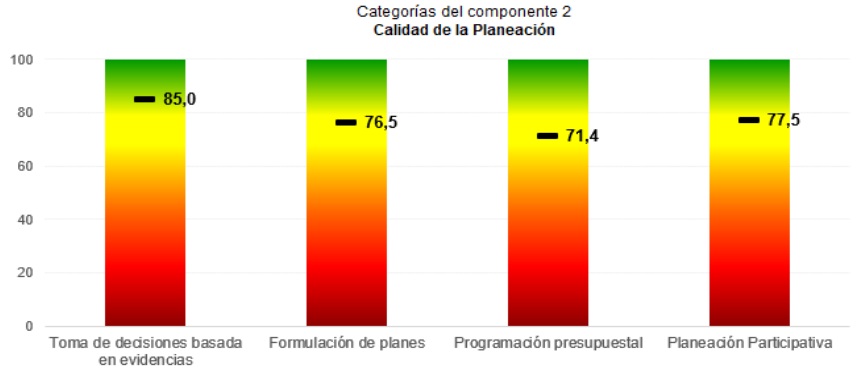
- Establecer el cronograma de ejecución de las actividades de implementación del Código de Integridad.
- Actualizar el codigo de integridad, socializarlo
- Desde el lider talento humano definir la persona que estara encargado del codigo de integridad.
- Habilitar en la pagina un espacio para interactuar referente al codigo de integridad
- Evaluación de Resultados de la implementación del Código de Integridad

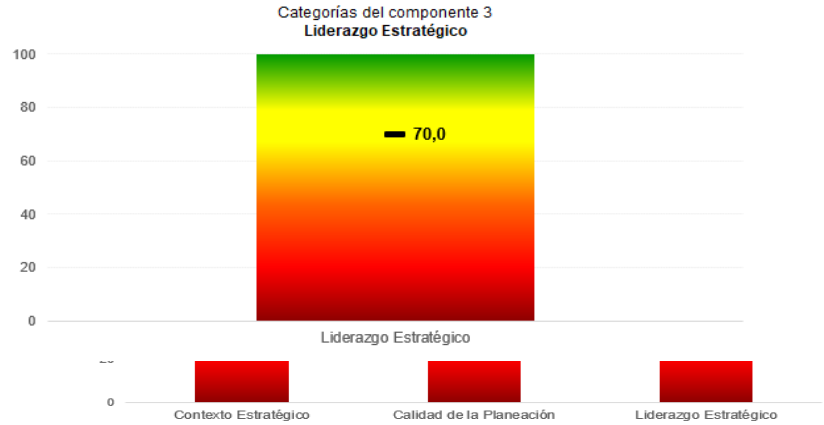
DOCUMENTO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

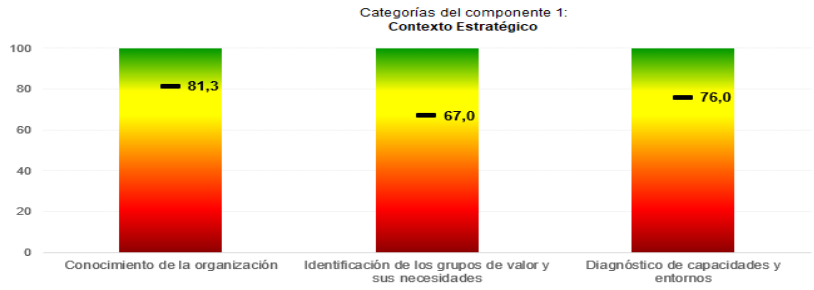
Dimensión No. 2 Direccionamiento estratégico y planeación

- Política Direccionamiento y Planeación estratégica **74**





3. Calificación por categorías:



"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

FORTALEZAS:

- Conocimiento de la organización
- Identificación de los grupos de valor y sus necesidades
- Publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a más tardar el 31 de enero de cada año en la sección "transparencia y acceso a la información pública" del sitio web oficial de la entidad.
- Contar con un líder o área responsable encargada del proceso de planeación.
- Revisar aspectos internos tales como el talento humano, procesos y procedimientos, estructura organizacional, cadena de servicio, recursos disponibles, cultura organizacional, entre otros.
- Establecer y priorizar variables que permitan caracterizar (identificar, segmentar y reconocer) sus grupos de valor y, especialmente, sus derechos, necesidades y problemas.

DEBILIDADES:

- Formular las metas de corto y largo plazo, financiables, tangibles, medibles, cuantificables, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que deben atender o satisface.
- Comunicar los lineamientos estratégicos y operativos previstos en los planes a todos los miembros del equipo de trabajo de la organización.
- Optimizar el uso de recursos, el desarrollo de los procesos y la asignación del talento humano, de acuerdo con las prioridades de los planes.
- Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, a fin de tomar decisiones en el momento justo.
- Formular los planes con base en resultados obtenidos (información sobre desempeño) en programas, planes o proyectos anteriores.

DOCUMENTO CONTROLADO

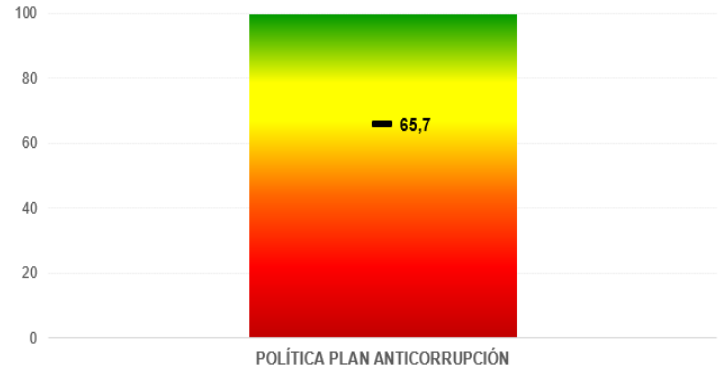
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

- Gestión Plan Anticorrupción **65,7**

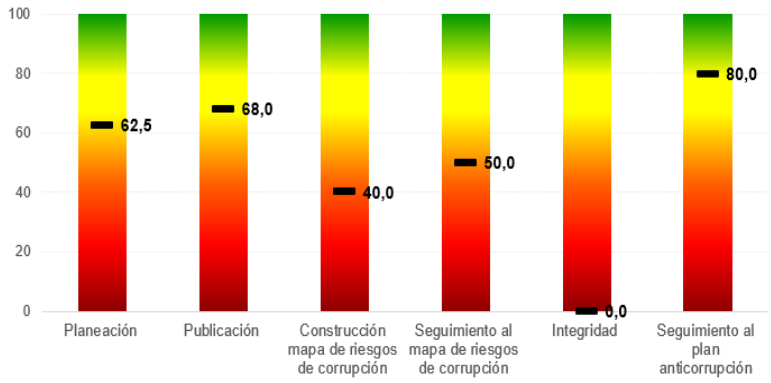
mipg modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS PLAN ANTICORRUPCIÓN

1. Calificación total:



2. Calificación por categorías:



"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

FORTALEZAS:

- La Entidad pública en su sitio web oficial, en la sección de Transparencia y acceso a información, el plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano junto con el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- El seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fue realizado por los encargados del proceso y en los tiempos establecidos.
- Del seguimiento realizado surgieron acciones de mejora al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

DEBILIDADES:

- Terminación construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción
- Seguimiento y control al mapa de riesgos de corrupción
- Proyección del informe de cierre 2023 seguimiento y control riesgos de corrupción
- Establecer los riesgos de corrupción 2024

- Gestión Conflicto de Intereses **17**

AUTODIAGNÓSTICO PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES							
Entidad					Calificación Total	17	
Componente	Calificación	Categoría	Calificación	Actividades de Gestión	Opciones de Puntaje (0 - 100)	Puntaje	Observaciones

FORTALEZAS:

- En el componente de Gestión de Riesgos - Mapas de Riesgos de Corrupción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- La entidad cuenta con el grupo de trabajo para la implementación de la política de integridad pública (MIPG): código de integridad y la gestión de conflictos de intereses, designado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- La Oficina o dependencia de control interno hace seguimiento a la publicación de la declaración de bienes, rentas y conflictos de intereses de los servidores públicos, incluyendo contratistas.

DOCUMENTO CONTROLADO

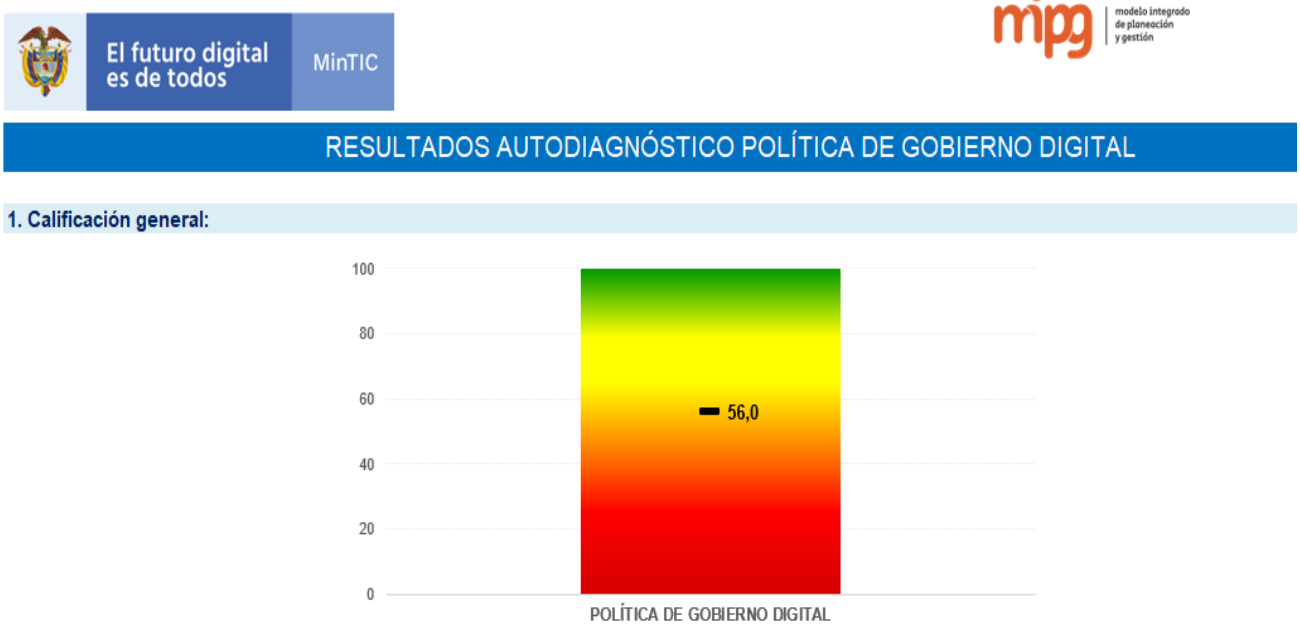
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

DEBILIDADES:

- En el componente de Iniciativas Adicionales del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC, no se programaron actividades de pedagogía, gestión o seguimiento a los conflictos de intereses.
- Con que frecuencia hace seguimiento a la implementación de la estrategia de gestión de conflicto de intereses el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- La entidad identificó las áreas con riesgo de posibles conflictos de intereses en los procesos o dependencias.
- La entidad no tiene definida una dependencia encargada del registro de conflictos de intereses que han surtido tramite.
- Cuál es el porcentaje de contratistas que han terminado el curso de integridad, transparencia o lucha contra la corrupción.

Dimensión No. 3 Gestión con valores para el resultado

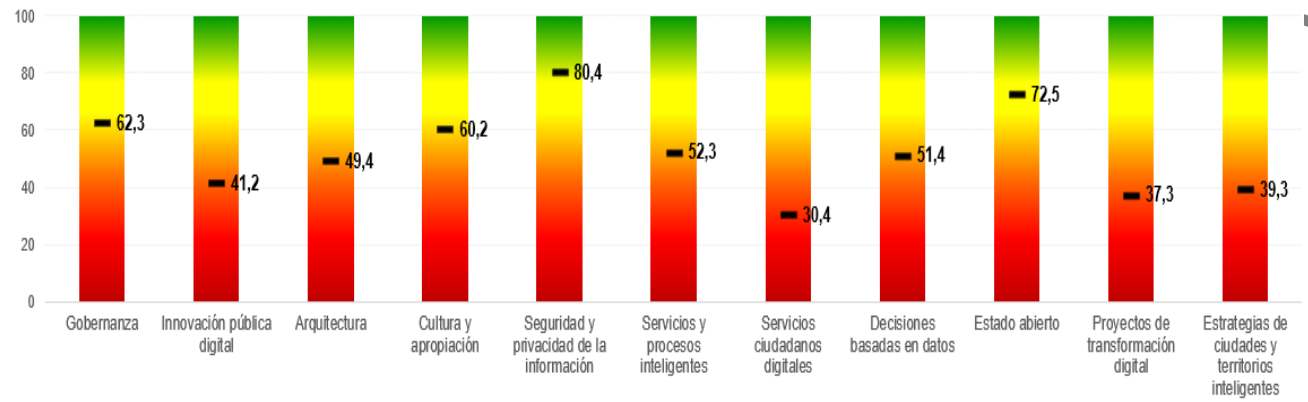
- Política de Gobierno Digital **56**



CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

2. Calificación de los elementos de la Política de Gobierno Digital:



FORTALEZAS:

- Ejercicios de rendición de cuentas realizados en la institución
- Implementación y actualizacion de la Política de Gobierno Digital fue presentada, aprobada y socializada en comité de Gestión y Desempeño.
- Las institución formulo y elaboro el plan estratégico de tecnologías de la información PETI y fue presentado en comité de Gestión y Desempeño y cuenta con acto administrativo.
- Realización de capacitaciones para los colaboradores y usuarios en la utilización de los PQRSF en la sede electrónica de la institución.
- La institución implemento el modelo de seguridad y privacidad de la información lo documento y cuenta con acto administrativo.
- La accesibilidad de la página web cumple con los secciones establecidas bajo la resolución 1519 de 2020 en el anexo 1.
- La institución cuenta con el anexo 2 establecido en la Resolución 1519 de 2020, referente al meno de transparencia y acceso a la información pública.

DEBILIDADES:

- Hacer partícipes a los grupos de valor en la toma de decisiones sobre la implementación de la Política de Gobierno Digital.
- Implementar proyectos TIC

DOCUMENTO CON

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

- Innovación pública digital para los usuarios
- Fortalecer la arquitectura tecnológica de la institución
- Adopción de IPv6
- Capacitación colaboradores en servicios ciudadanos digitales
- Capacitación transformación digital
- Actualizacion de los tramites SUIT inscritos
- Tramites vinculados al X-ROAD
- Actualización y cargue de datos de referencia
- Implementación de acciones en el marco del acuerdo de paz
- Información clasifica y reservada
- Tablas de retención documental y publicación en página web
- Ampliar los servicios de tramites virtuales para los ciudadanos
- Renovación tecnológica

- Política Defensa Jurídica **93**

INICIO

mipg modelo integrado de planeación y gestión

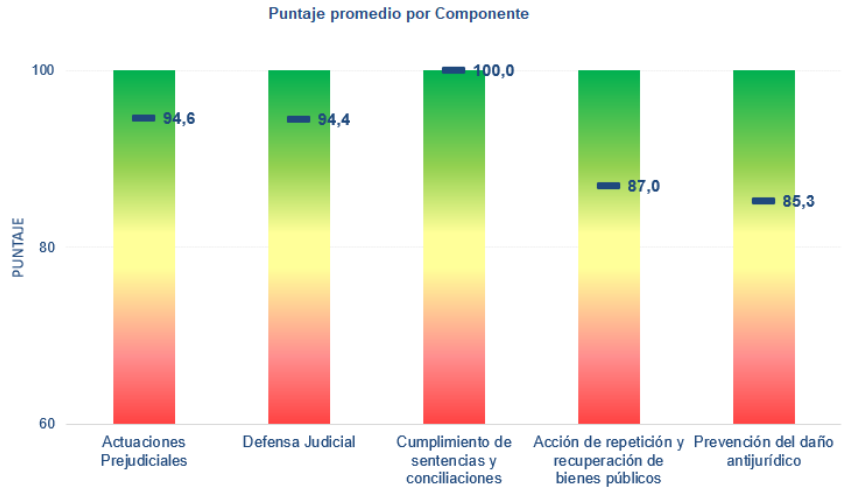
RESULTADOS DE GESTIÓN DEFENSA JURÍDICA

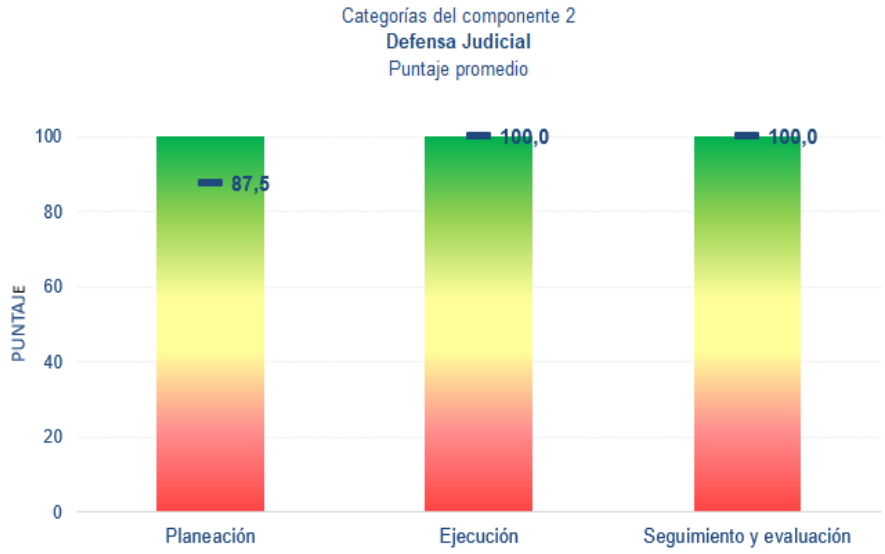
1. Calificación total:

CONTROLADO
DC

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

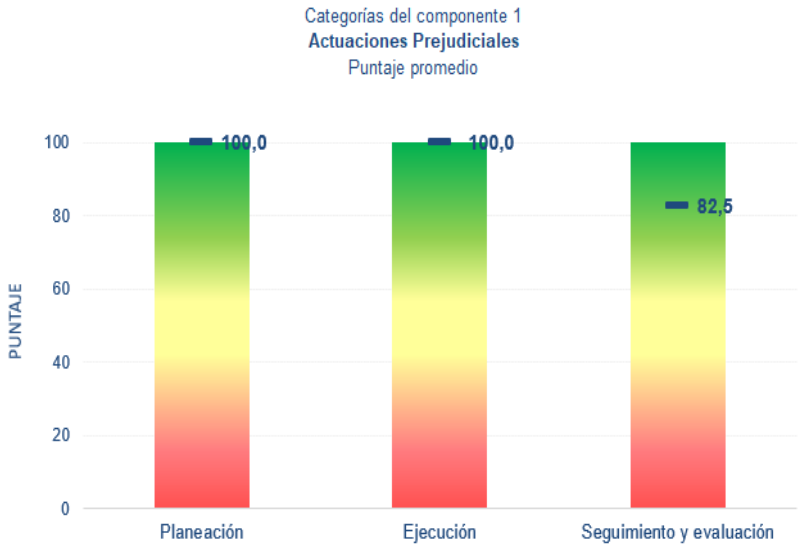
2. Calificación por componentes:

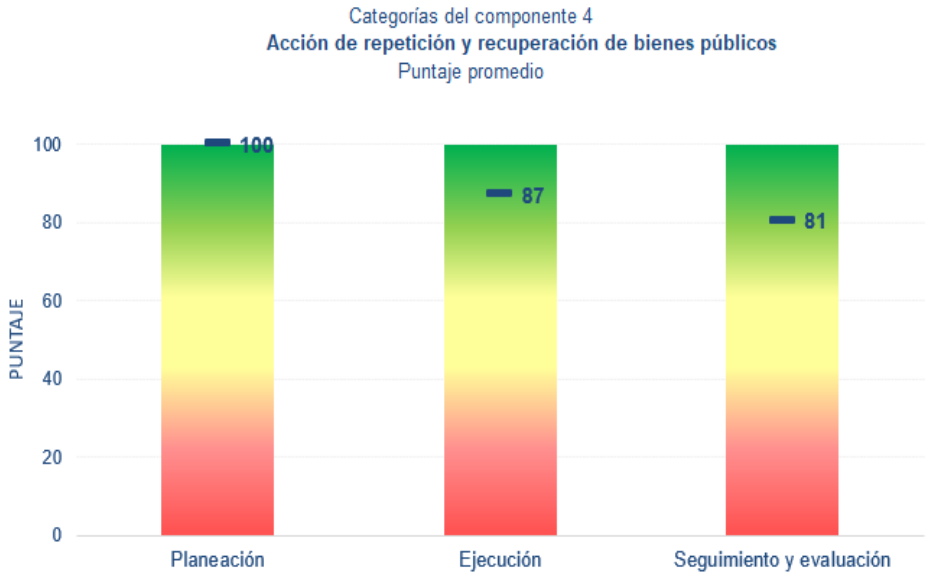




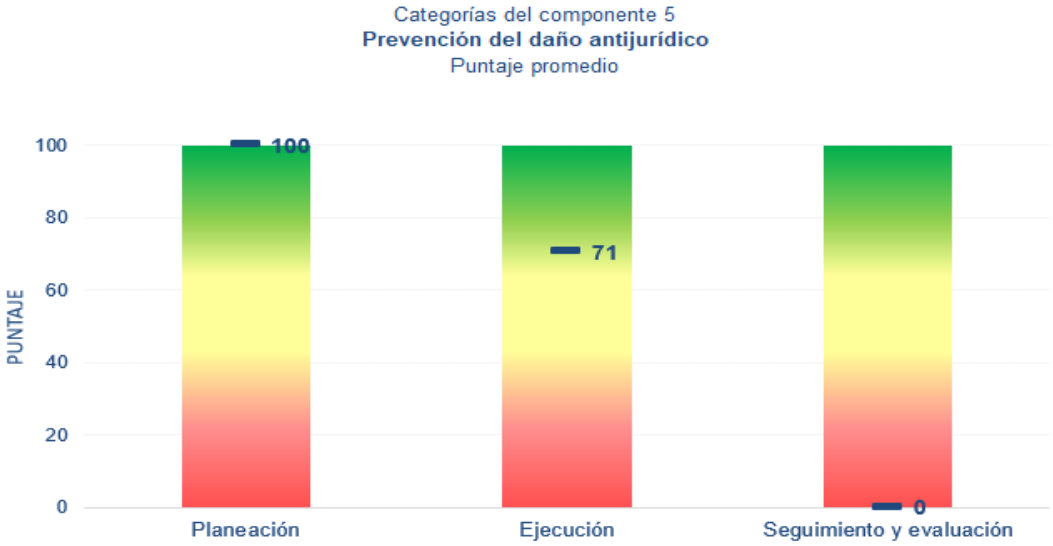
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

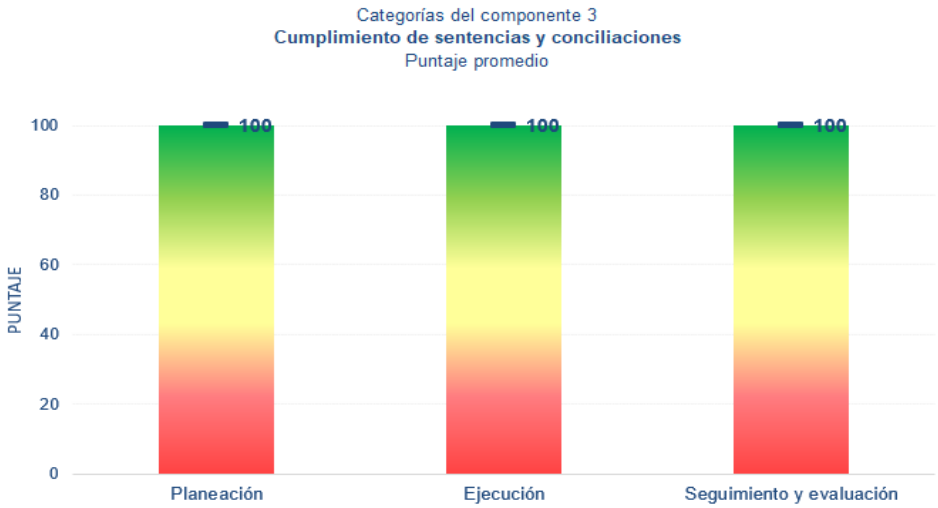
3. Calificación por categorías:





"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".





"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

FORTALEZAS:

- Comité de Conciliación conformado por funcionarios de nivel directivo designados para el efecto.
- El Comité de Conciliación decide como máximo en un término de quince (15) días contados a partir del momento en que reciban la solicitud de conciliación.
- El secretario técnico elabora las actas de cada sesión del comité debidamente, suscrita por el presidente y el secretario que haya asistido.
- 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.
- El área jurídica de la entidad cuenta con procedimientos para gestionar préstamos y consultas a documentos, que forman parte de las pruebas, que están ubicados en otras áreas de la entidad.
- En la entidad reposa en copia física y/o magnética, todo lo respectivo al trámite de los procesos judiciales.
- La entidad conoce y evalúa el valor de sus demandas y los logros procesales obtenidos.
- Cumple oportunamente el pago de las sentencias y conciliaciones durante los 10 meses siguientes a la ejecutoría.
- Realiza seguimiento y evalúa el estado contable de los créditos Judiciales.
- El área identifica los riesgos inherentes al ciclo de defensa jurídica y realiza la valoración de impacto y probabilidad así como los controles y planes de mitigación de riesgo.

DEBILIDADES:

- El área de defensa judicial cuenta con la tabla de retención documental y/o tablas de valoración documental para la gestión de archivos.
- La entidad implementa el plan de acción de su política de prevención del daño antijurídico dentro del año calendario (enero-diciembre) para el cual fue diseñado.
- El área mide y evalúa los resultados periódicamente de los indicadores que miden la eficiencia, eficacia y efectividad de las políticas realizadas en materia de prevención.
- Proyección del Plan Anual de prevención del daño antijurídico ¿

DOCUMENTO CONTROLADO

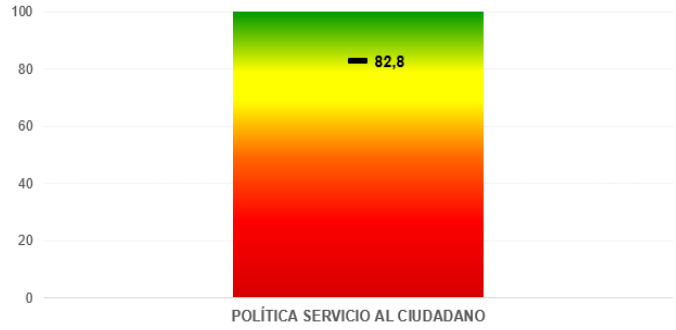
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

- Política de Servicio al Ciudadano **82.8**

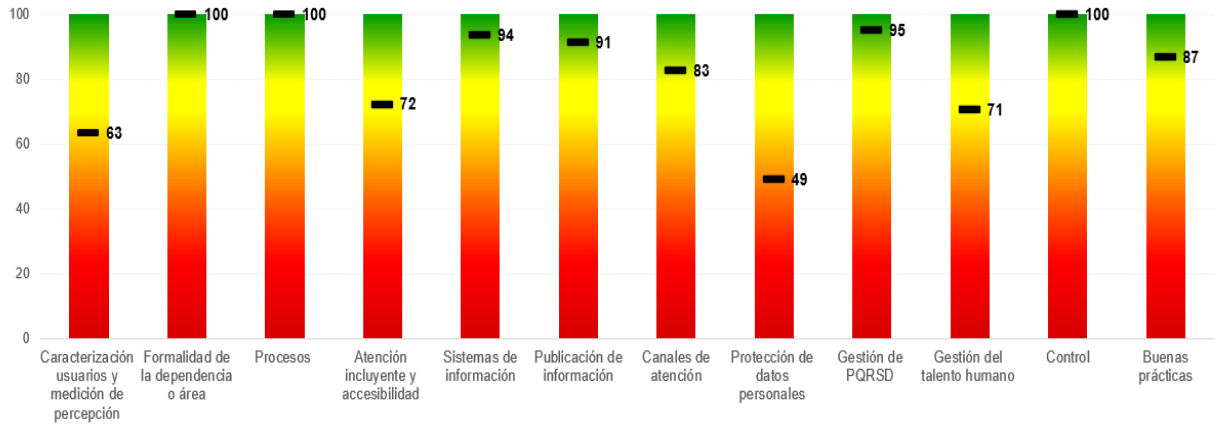
mipg modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS POLÍTICA SERVICIO AL CIUDADANO

1. Calificación total:



2. Calificación por categorías:



FORTALEZAS:

- La entidad cuenta con una dependencia o área formal encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen.

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

- La entidad cuenta con procesos o procedimientos de servicio al ciudadano documentados e implementados (peticiones, quejas, reclamos y denuncias, trámites y servicios).
- La entidad cuenta con mecanismos de atención especial y preferente para infantes, personas en situación de discapacidad, embarazadas, niños, niñas, adolescentes, adulto mayor y veterano de la fuerza pública y en general de personas en estado de indefensión y o de debilidad manifiesta.
- La entidad publicó en su sitio web oficial, en la sección de transparencia y acceso a la información pública: 1)Mecanismos para la atención al ciudadano 2) Localización física, sucursales o regionales, horarios y días de atención al público 3) Derechos de los ciudadanos y medios para garantizarlos (Carta de trato digno) 4) Mecanismos para presentar quejas y reclamos en relación con omisiones o acciones de la Entidad 5) Informe de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de acceso a la información.
- La entidad actualiza frecuentemente la información sobre la oferta Institucional en los diferentes canales de atención.
- La entidad tiene establecido un sistema de turnos acorde con las necesidades del servicio.
- La entidad cuenta con un formulario en su página Web para la recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias.
- La entidad elabora informes de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias con una frecuencia trimestral o mayor.
- La Oficina de Control realiza un informe semestral sobre el cumplimiento de las obligaciones legales por parte de la dependencia de servicio al ciudadano.

DEBILIDADES:

- la entidad no ha realizado caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos.
- La entidad divulga su política de tratamiento de datos personales mediante aviso de privacidad, en su página web y personalmente al titular en el momento de la recolección de los datos.
- La entidad no cuenta con mecanismos de evaluación periódica del desempeño de sus servidores en torno al servicio al ciudadano.

DOCUMENTO CONTROLADO

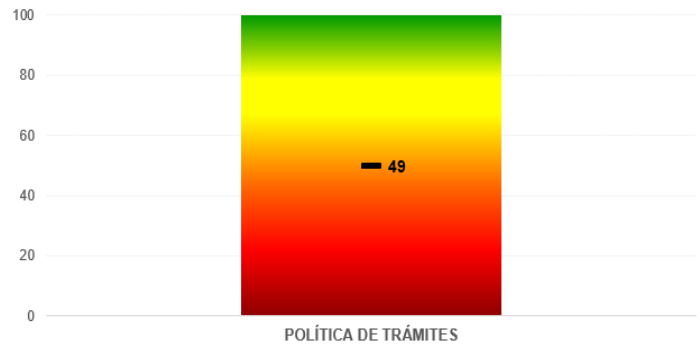
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

- Política de Racionalización de Tramites **49,5**

mipg modelo integrado de planeación y gestión

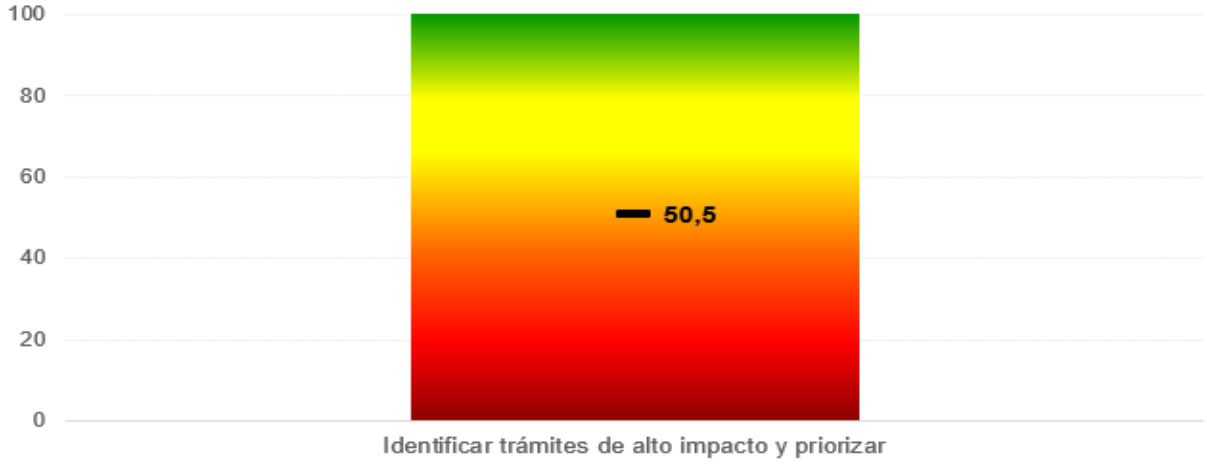
RESULTADOS POLÍTICA DE TRÁMITES

1. Calificación total:



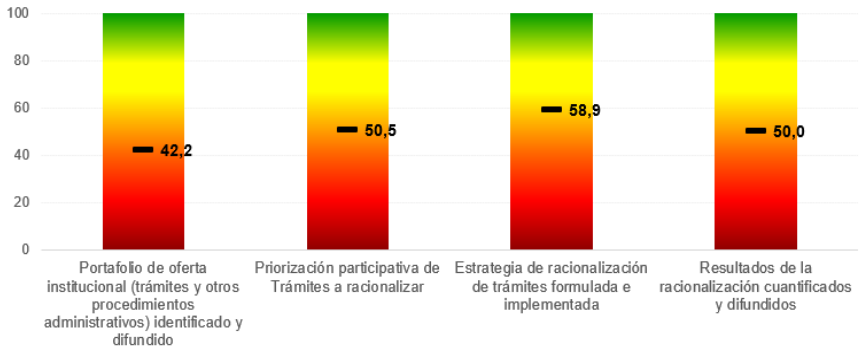
Categorías del Componente 2

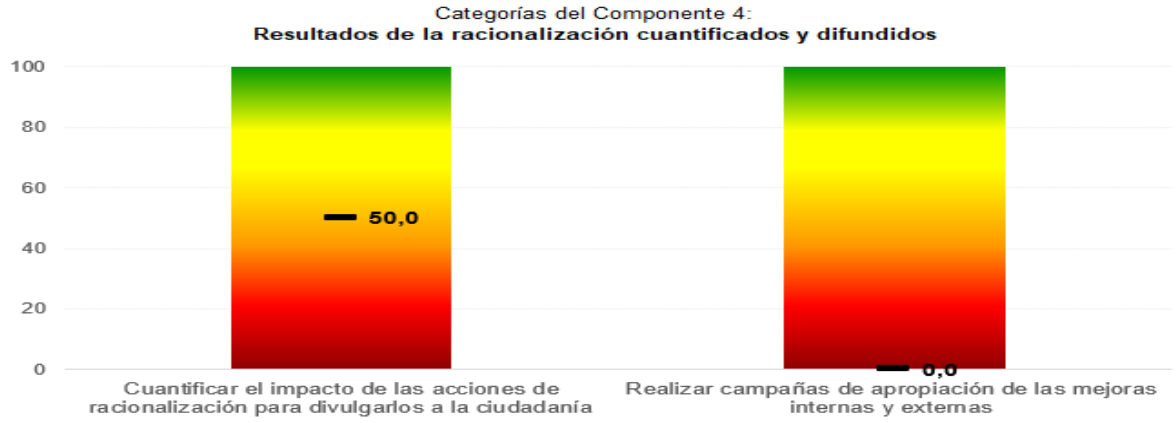
Priorización participativa de Trámites a racionalizar



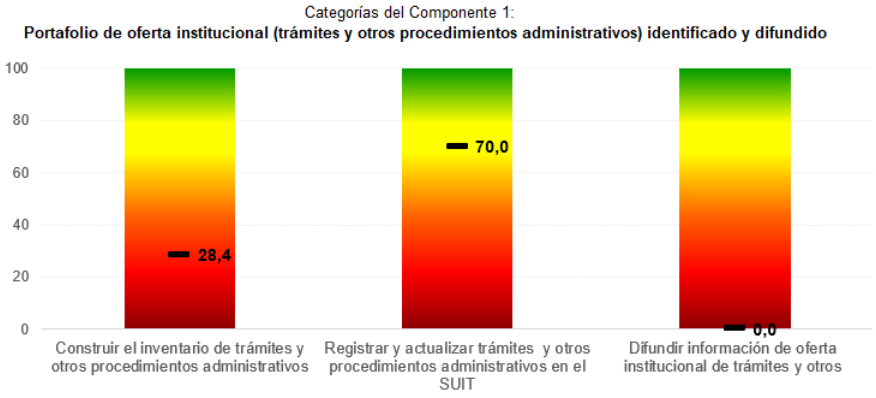
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

2. Calificación por componentes:

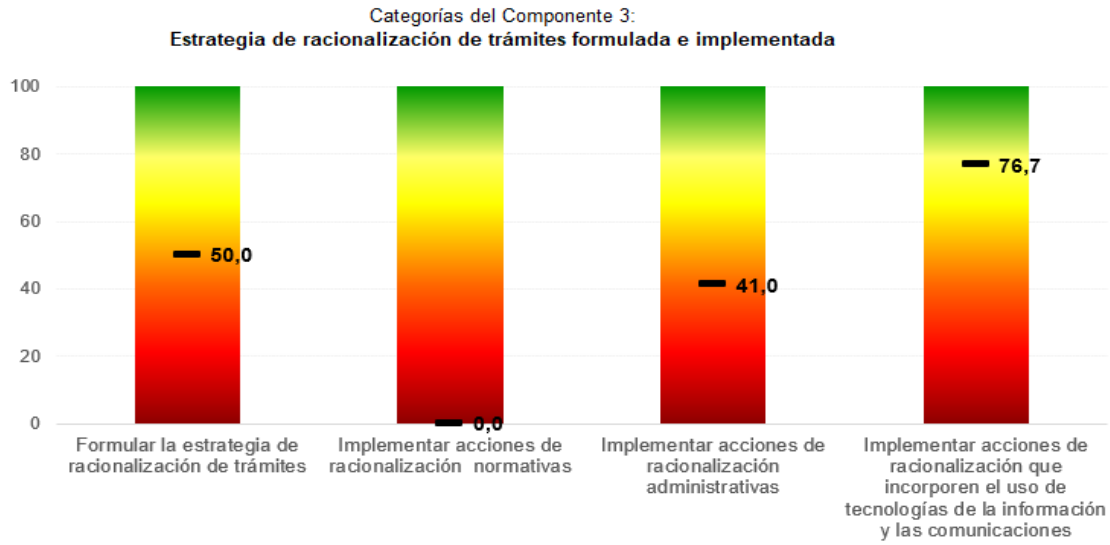




3. Calificación por categorías:



"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".



FORTALEZAS:

- Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y denuncias de los ciudadanos.
- Identificar los trámites que requieren mayor atención en razón a su complejidad, costos y afectación de la competitividad, de conformidad con las encuestas aplicadas sobre percepción del servicio a los ciudadanos.

DEBILIDADES:

- Registrar los trámites y otros procedimientos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT).
- Actualizar los trámites en el SUIT en armonía con lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto - Ley 019 de 2012.
- Identificar los trámites que estarán incluidos dentro de los Centros Integrados de Servicio al Ciudadano.
- Implementar mejoras en los procesos que soportan la entrega de productos y/o servicios, teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta la entidad y los resultados de la consulta ciudadana, los asociados a los trámites y otros procedimientos administrativos.
- Diligenciar datos de operación de los trámites y otros procedimientos en el SUIT.

DOCUMENTO CO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

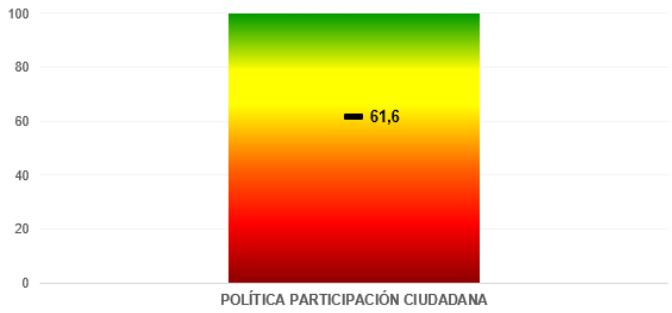
- Realizar campañas de difusión sobre los beneficios que obtienen los usuarios con las mejoras realizadas al(os) trámite(s).
- Realizar campañas de difusión y apropiación de las mejoras de los trámites para los usuarios.
- Ajustar actos administrativos reglamentarios de trámites.

- Política de Participación Ciudadana **61,6**

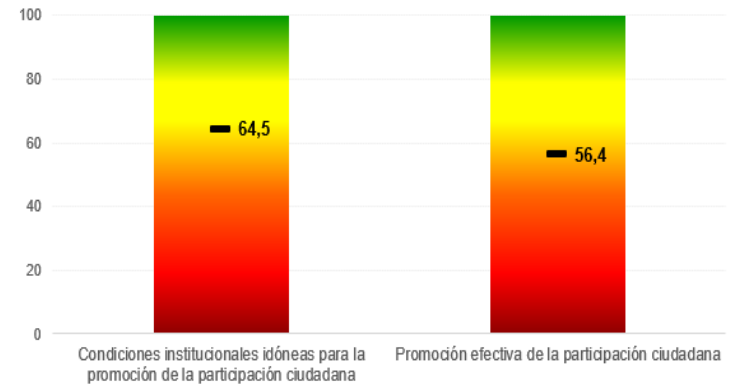
mipg | modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS DE GESTIÓN PARTICIPACIÓN CIUDADANA

1. Calificación total:

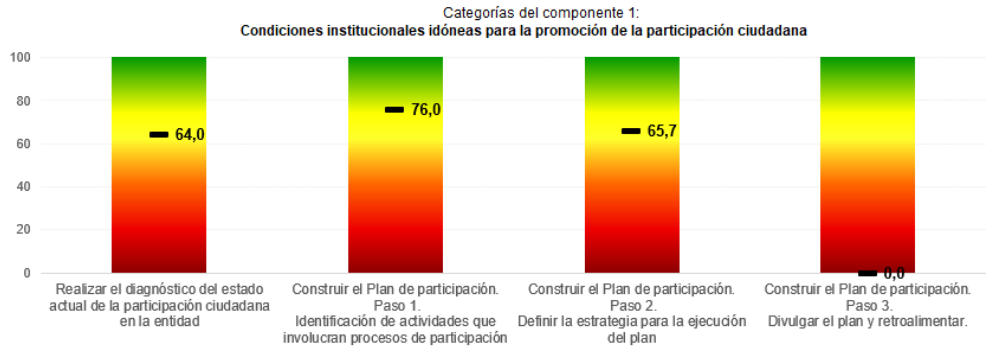


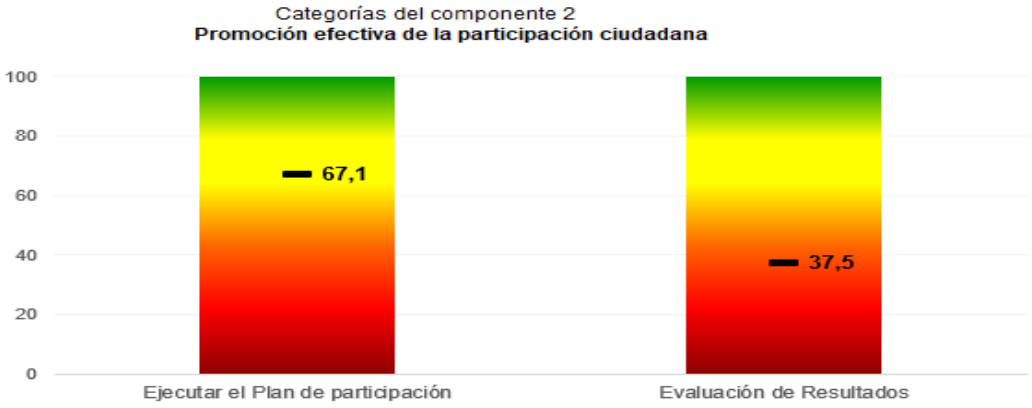
2. Calificación por componentes:



"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

3. Calificación por categorías:





FORTALEZAS:

- Identificación y documentar las debilidades y fortalezas de la participación en la implementación de la Política de Participación Ciudadana, individualizandolas en cada uno de los ciclos de la gestión.
- Identificar en conjunto con las áreas misionales y de apoyo a la gestión, las metas y actividades que cada área realizará en las cuales tiene programado o debe involucrar a los ciudadanos, usuarios o grupos de interés caracterizados.
- Definir los roles y responsabilidades de las diferentes áreas de la entidad, en materia de participación ciudadana.

DOCUMENTO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

DEBILIDADES:

- Socializar los resultados del diagnóstico de la política de participación ciudadana al interior de la entidad.
- Definir una estrategia para capacitar a los grupos de valor con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.
- Publicar y divulgar, por parte del área que ejecutó la actividad , los resultados y acuerdos desarrollados en el proceso de participación, señalando la fase del ciclo de la gestión y el nivel de incidencia de los grupos de valor.
- Documentar las buenas prácticas de la entidad en materia de participación ciudadana que permitan alimentar el próximo plan de participación.

- Gestión de Rendición de Cuentas **70,2**

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

AUTODIAGNÓSTICO GESTIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	
ENTIDAD	CALIFICACIÓN TOTAL
	70,2
	Nivel consolidación

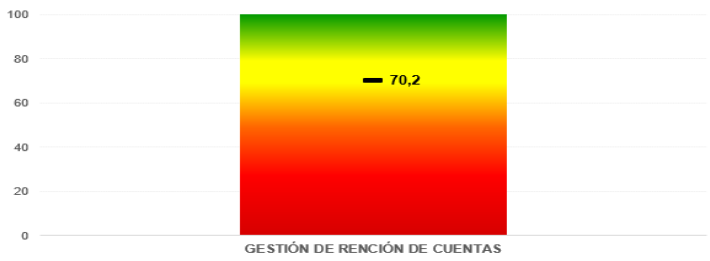
Niveles Autodiagnóstico

0-50: Nivel Inicial
51-80: Nivel consolidación
81-100: Nivel perfeccionamiento

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS GESTIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS

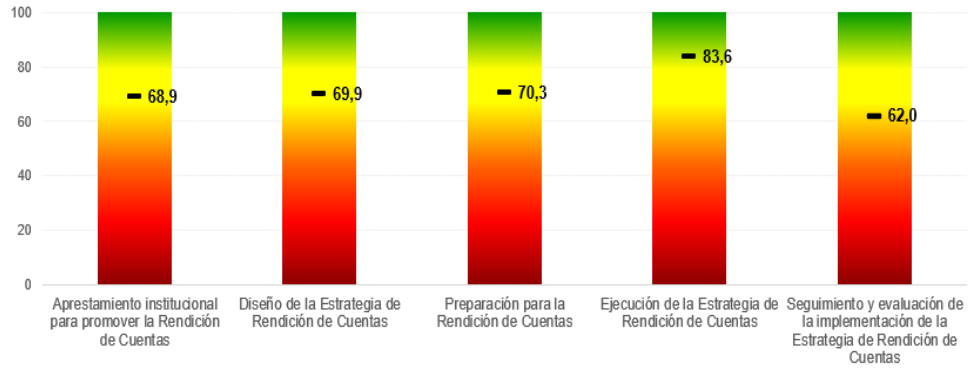
1. Calificación total:



CONTROLADO

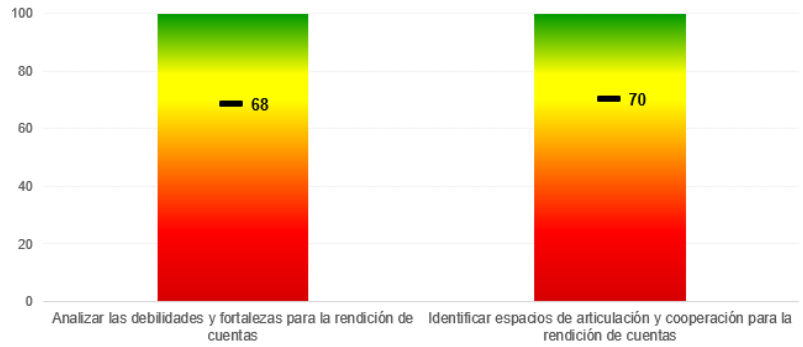
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

2. Calificación por etapa

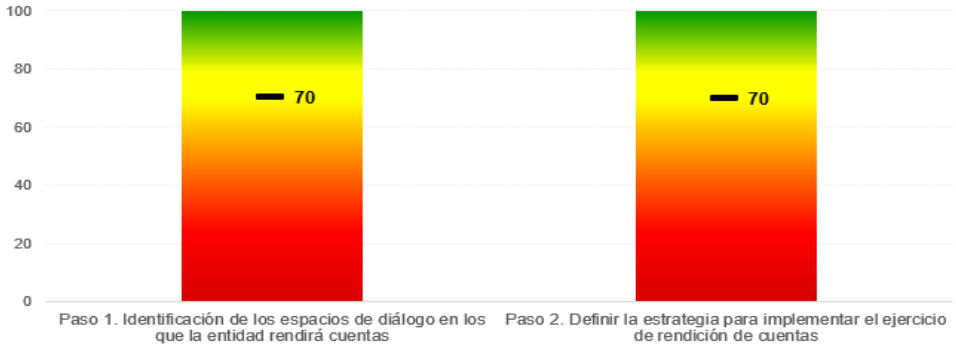


3. Calificación por categorías:

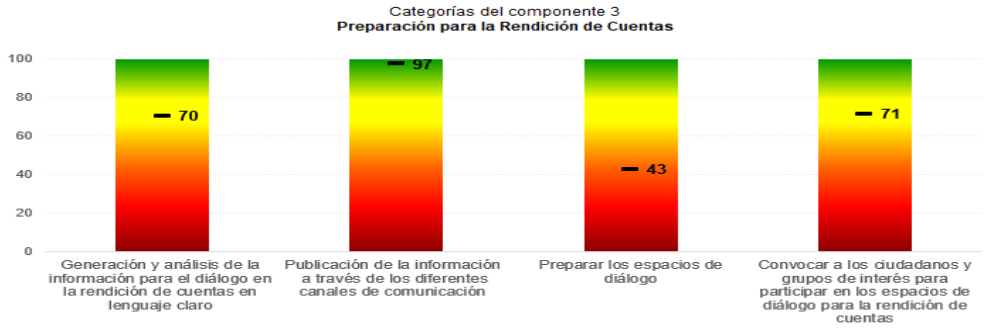
Categorías del Componente 1:
Aprestamiento institucional para promover la Rendición de Cuentas

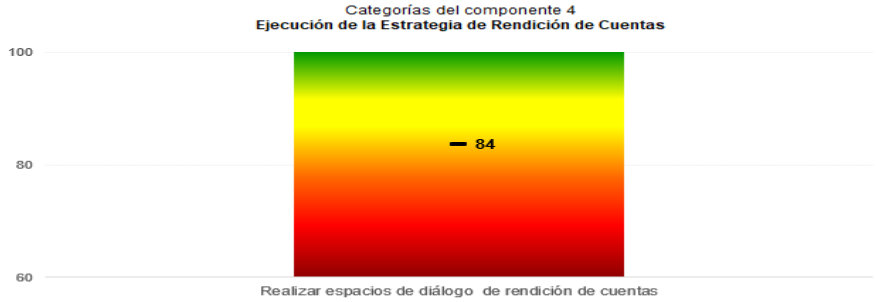


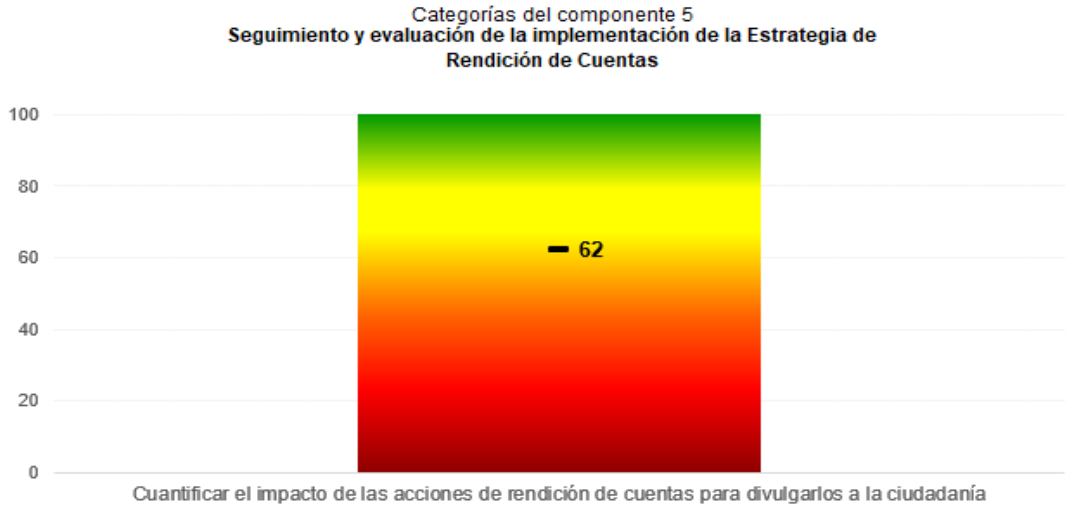
Categorías del componente 2
Diseño de la Estrategia de Rendición de Cuentas



"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".







"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

FORTALEZAS:

- Identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la entidad para promover la participación en la implementación de los ejercicios de rendición de cuentas con base en la evaluación de la oficina de planeación y/o Control Interno.
- Socializar al interior de la entidad, los resultados del diagnóstico del proceso de rendición de cuentas institucional.
- Conformar y capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación de los ejercicios de rendición de cuentas.
- Definir los espacios exitosos de rendición de cuentas de la vigencia anterior que adelantará la entidad.
- Definir el proceso de actualización de los canales de publicación y divulgación a través de los cuales la entidad dispondrá la información necesaria para el ejercicio de rendición de cuentas.
- Definir los roles y responsabilidades de las diferentes áreas de la entidad, en materia de rendición de cuentas.
- Preparar la información con base en los temas de interés priorizados por la ciudadana y grupos de valor en la consulta realizada.
- Preparar la información sobre la gestión ((Informes de Gestión, Metas e Indicadores de Gestión, Informes de los entes de Control que vigilan a la entidad) de los programas, proyectos y servicios implementados, verificando la calidad de la misma.
- Actualizar la página web de la entidad con la información preparada por la entidad.
- Disponer de mecanismos para que los grupos de interés colaboren en la generación, análisis y divulgación de la información para la rendición de cuentas.
- Convocar a través de medios electrónicos (Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp, entre otros) a los ciudadanos y grupos de interés, de acuerdo a los espacios de rendición de cuentas definidos.
- Diligenciar el formato interno de reporte definido con los resultados obtenidos en el ejercicio, y entregarlo al área de planeación.
- Realiza respuestas escritas, en el término de quince días a las preguntas de los ciudadanos formuladas en el marco del proceso de rendición de cuentas y publicarlas en la página web o en los medios de difusión oficiales de las entidades.
- Evaluar y verificar por parte de la oficina de control interno que se garanticen los mecanismos de participación ciudadana en la rendición de cuentas.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

DEBILIDADES:

- Identificar las condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural para afectan el desarrollo de la rendición de cuentas.
- Acordar con los grupos de valor, especialmente con organizaciones sociales y grupos de interés ciudadano los periodos y metodologías para realizar los espacios de diálogo sobre temas específicos.
- Validar con los grupos de interés la estrategia de rendición de cuentas.
- Realizar reuniones preparatorias y acciones de capacitación con líderes de organizaciones sociales y grupos de interés para formular y ejecutar mecanismos de convocatoria a los espacios de diálogo.
- Evaluar y verificar los resultados de la implementación de la estrategia de rendición de cuentas, valorando el cumplimiento de las metas definidas frente al reto y objetivos de la estrategia.

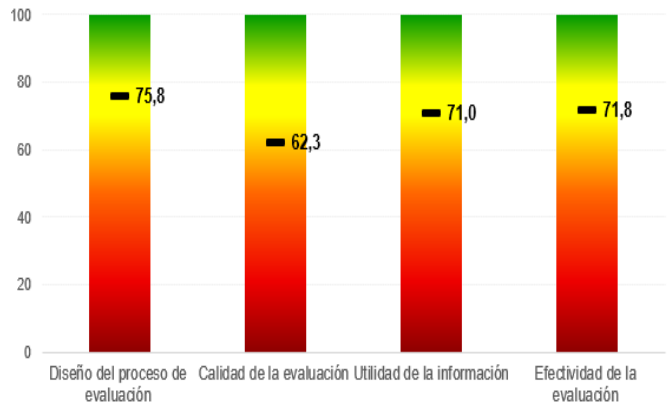
Dimensión No. 4 Evaluación de Resultados

- Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional **69.8**

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

2. Calificación por categorías:



DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

FORTALEZAS:

- Asignar en un área o servidor la responsabilidad de liderar el proceso de seguimiento y evaluación en la entidad (áreas de planeación).
- Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control.
- Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de hacer una revisión de los objetivos y de las acciones que se establecieron para alcanzarlos.

DEBILIDADES:

- Lograr integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la entidad.
- Desarrollar ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos.
- Identificar si las necesidades o problemas de la ciudadanía (grupos de valor) estuvieron adecuadamente diagnosticados.
- Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de fortalecer la capacidad para aprender sobre sus propios procesos, fortalecer los aciertos y replantear lo que no funciona.

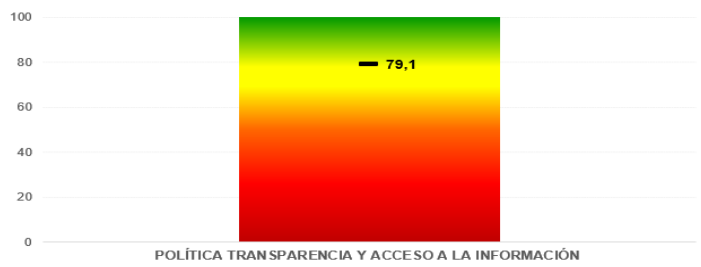
Dimensión No. 5 Información y comunicación

- Política Transparencia y Acceso a la Información **79.1**

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

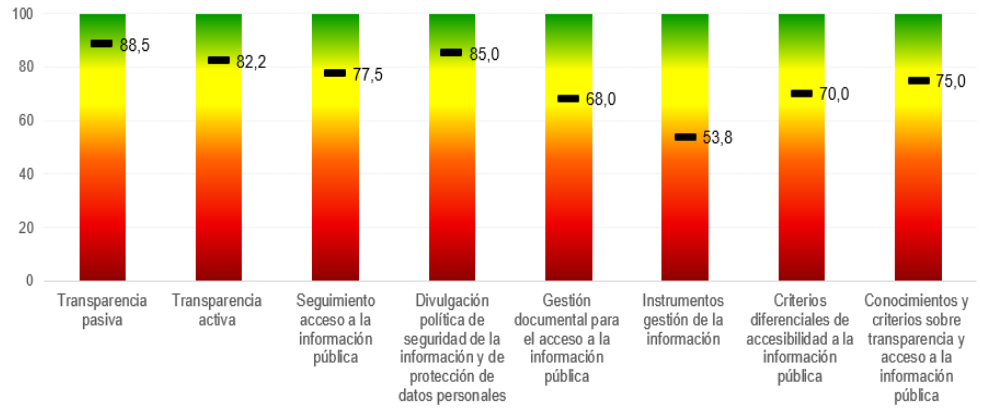
1. Calificación total:



DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

2. Calificación por componentes:



FORTALEZAS:

- La entidad cuenta con una dependencia encargada exclusivamente de atención al ciudadano.
- La entidad responde los derechos de petición en un plazo máximo de 15 días hábiles después de la recepción.
- La entidad facilita al ciudadano información sobre el estado de su PQRS desde su recepción hasta su respuesta.
- Los directivos de la entidad tienen en cuenta las necesidades de los ciudadanos usuarios de la entidad para la toma de decisiones.
- La entidad lleva registro del número de personas que participan en los espacios ciudadanos como los de rendición de cuentas.
- La entidad construye a su interior el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de manera participativa, es decir, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de sus funcionarios.
- Toda persona nueva en la entidad recibe una capacitación introductoria antes del inicio de sus actividades.
- La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la localización física, sucursales o regionales, horarios y días de atención al público.
- La documentación de los procesos dentro de la entidad facilita el trabajo de sus funcionarios.
- La Entidad ha promovido a su interior la Ley de Transparencia y acceso a la Información Pública (Ley 1712 de 2014).

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

DEBILIDADES:

- La entidad permite que todos sus trámites sean realizados por medios electrónicos
- Hay una transferencia efectiva de conocimientos entre las personas que dejan sus cargos y las nuevas que llegan a desempeñarlos.
- La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información de las escalas salariales de funcionarios y contratistas.
- La entidad ha construido, implementado y aprobado por medio de acto administrativo el Índice de Información Reservada y Clasificada de la entidad.
- Los funcionarios de la entidad conocen la Ley de Transparencia y acceso a la información pública.

- Política de Gestión Documental **60.6**

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

ENTIDAD	CALIFICACIÓN TOTAL
	60.6

COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍAS	SUBCOMPONENTE	PRODUCTO	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	NIVEL	OBSERVACIONES
			Planeación de la funcion archivística	Diagnóstico de archivos	La entidad se encuentra elaborando el diagnóstico integral de archivos teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación.	BÁSICO	
				Política de Gestión Documental	La entidad realiza seguimiento y control a la Política de Gestión Documental de acuerdo con las herramientas de medición y evaluación previstas por la alta dirección, en articulación con otras políticas para la gestión integral de la información y la documentación.	AVANZADO 1	
				Programa de Gestión Documental - PGD.	La entidad realiza mejora continua al Programa de Gestión Documental, cuyo propósito es mantener los procesos y actividades de la gestión documental en continua innovación, desarrollo y actualización.	AVANZADO 2	
				Plan Institucional de Archivos - PINAR	La entidad realiza procesos de mejora continua al Plan Institucional de Archivos - PINAR, para generar recomendaciones sobre su desarrollo y actualización.	AVANZADO 2	
				Sistema Integrado de Conservación -	la entidad realiza los procesos de mejora al sistema integrado de acuerdo con los hallazgos realizados durante el proceso de control y seguimiento	AVANZADO 2	

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

FORTALEZAS:

- La entidad realiza mejora continua al Programa de Gestión Documental, cuyo propósito es mantener los procesos y actividades de la gestión documental en continua innovación, desarrollo y actualización.
- La entidad realiza procesos de mejora continua al Plan Institucional de Archivos - PINAR, para generar recomendaciones sobre su desarrollo y actualización.
- La entidad realiza seguimiento y control a la articulación de la política de gestión documental, teniendo en cuenta los planes y programas de las políticas que incluye MIPG.
- La entidad implementa el programa de auditoría y control e incluye la función archivística y los procesos de la gestión documental.

DEBILIDADES:

- La entidad carece de la inclusión de temas de gestión documental en el Plan Institucional de Capacitación-PIC.
- La entidad carece del Cuadro de Clasificación Documental.
- La entidad carece de Tablas de Retención Documental.
- La entidad cuenta con fondo documental acumulado y carece de TVD.
- La entidad carece de un proceso de eliminación de los diferentes soportes documentales ya sea destrucción física o electrónica.
- La entidad carece de un proceso de valoración Documental que esté integrado con las TRD y TVD.
- La Entidad carece de un repositorio digital, depósito digital o similar para organizar un archivo digital, y no se ha definido un modelo de requisitos de un Sistema de Preservación Digital
- La Entidad carece de infraestructura tecnológica para intercambiar información
- La Entidad cuenta con procedimientos básicos como alistamiento, escaneo y control de calidad, documentados para el desarrollo de actividades de digitalización.
- La Entidad carece de un documento de Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos.
- La Entidad no ha automatizado procesos o no ha integrado la administración de documentos electrónicos a procesos, procedimientos, trámites o servicios.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

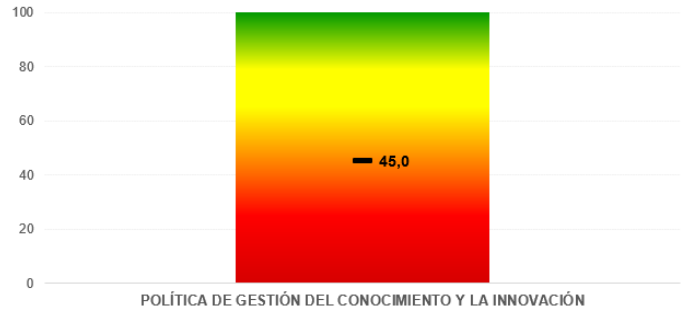
Dimensión No.6 Gestión del Conocimiento

- Gestión del conocimiento y la innovación **45**

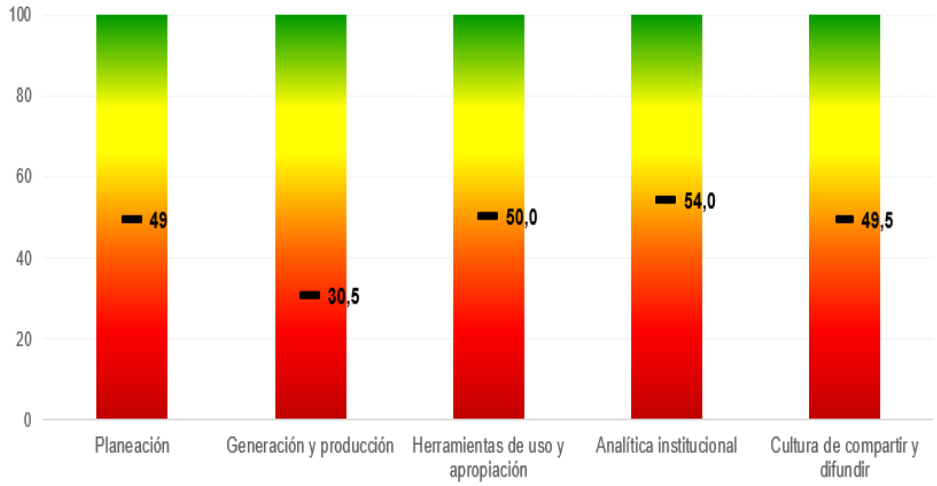
mipg | modelo integrado de planeación y gestión

RESULTADOS POLÍTICA CONTROL INTERNO

1. Calificación total:

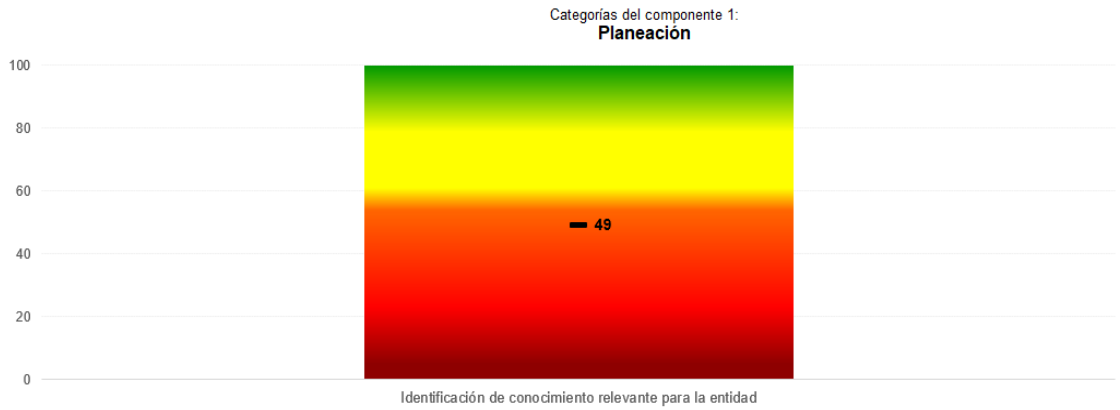


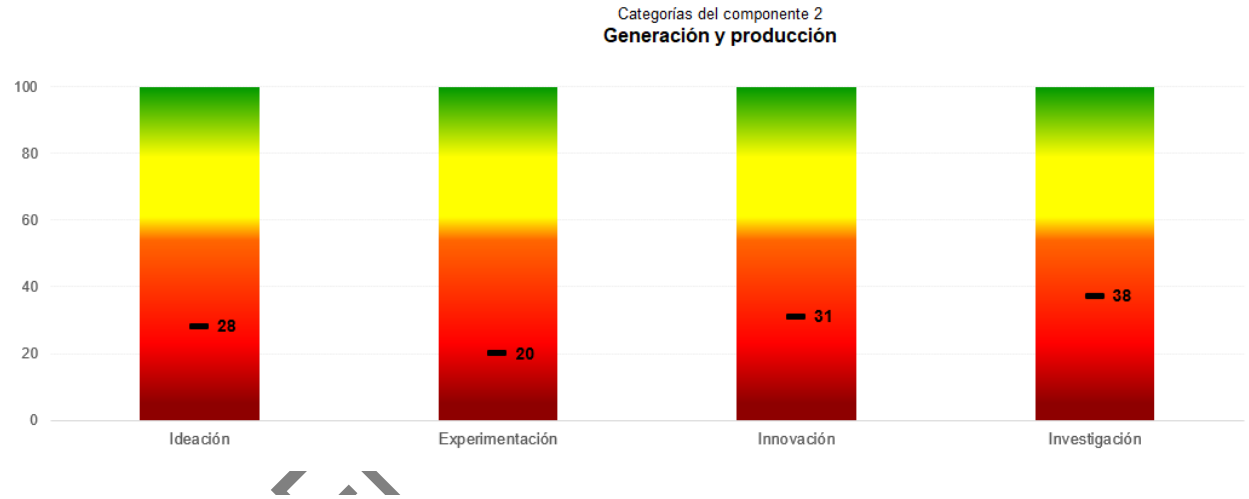
2. Calificación por componentes:

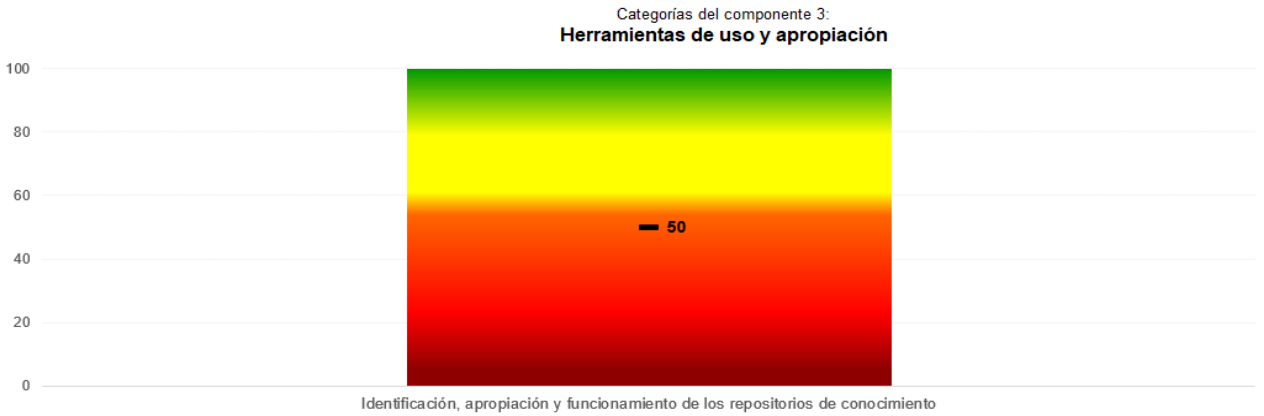


"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

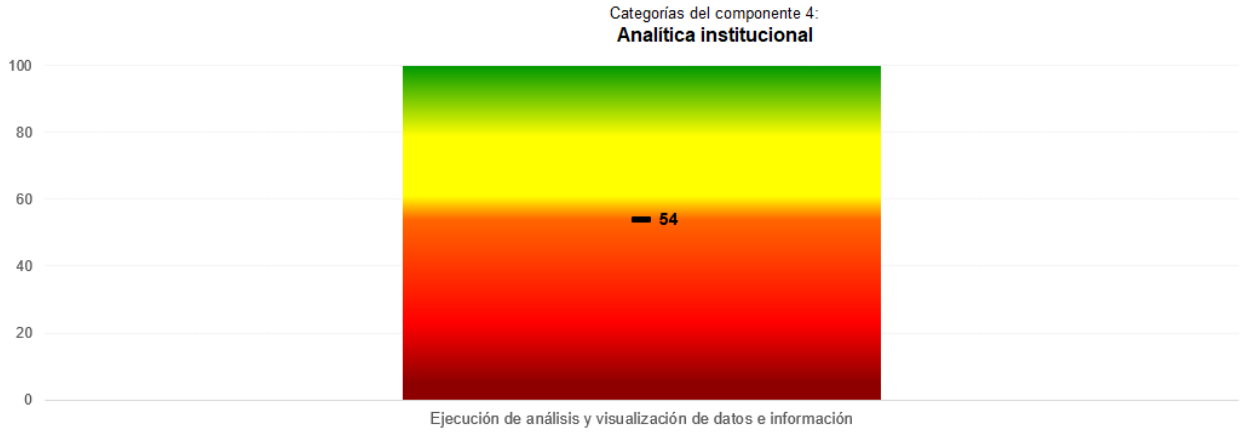
3. Calificación por categorías:

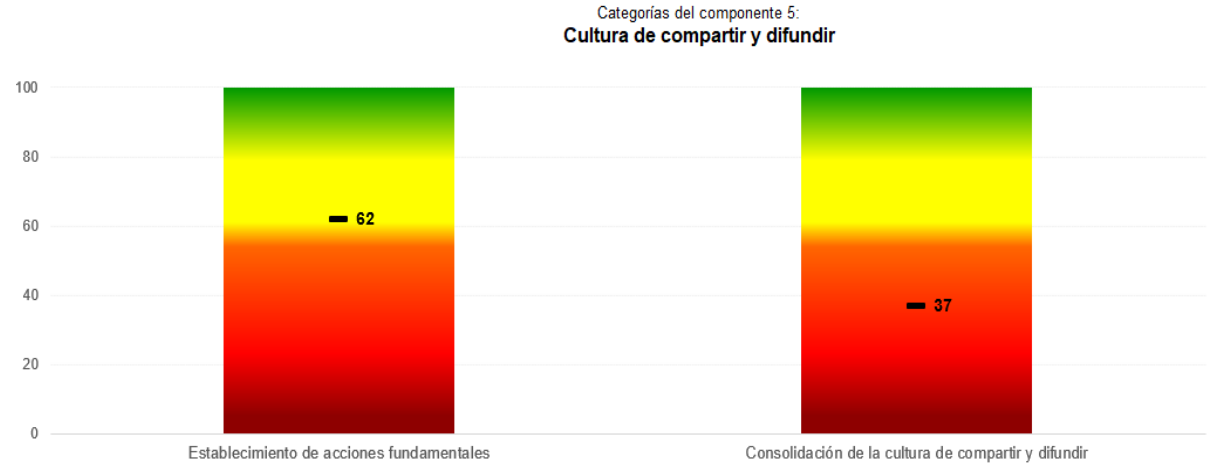






"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".





FORTALEZAS:

- Identifica, captura, organiza y actualiza periódicamente el conocimiento explícito de la entidad en medios físicos y/o digitales.
- Identifica, clasifica y prioriza el conocimiento más relevante para la entidad, además, lleva a cabo acciones para su gestión.
- Identifica los riesgos relacionados con la fuga de capital intelectual de la entidad y lleva a cabo la gestión y documentación de los riesgos asociados a la pérdida del conocimiento explícito y tácito.

DOCUMENTO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

- Prioriza las necesidades de tecnología para la gestión del conocimiento y la innovación en la entidad y cuenta con acciones a corto, mediano y largo plazo para su adecuada gestión, que son evaluadas periódicamente.

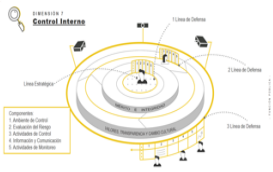
DEBILIDADES:

- No Cuenta con un inventario del conocimiento explícito de la entidad.
- No Identifica los riesgos relacionados con la fuga de capital intelectual de la entidad.
- No Cuenta con una persona para la implementación del plan de acción de Gestión del Conocimiento y la Innovación, en el marco del MIPG.
- No Desarrolla pruebas de experimentación.
- El Plan Estratégico del Talento Humano de la entidad no incluye el fortalecimiento de capacidades en innovación.
- No Cuenta con lineamientos para la documentación de la memoria institucional.
- No Hace parte de redes de conocimiento, comunidades de práctica o equipos transversales.

Dimensión No. 7 Control interno

- Política de Control Interno **63**

Nombre de la Entidad:	
Periodo Evaluado:	



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	63%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Los componentes se encuentran operando de manera integral y en proceso con el desarrollo de las diferentes actividades relacionadas con la implementacion del Modelo Integrado de Planeacion y Gestion
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Es efectivo el Sistema de Control Interno, a traves del desarrollo de las diferentes actividades programadas de acuerdo a los componentes del MECI, y las dimensiones del Modelo Integrado de Planeacion y Gestion.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	La entidad ha implementado el modelo integrado de planeacion y Gestion y en su referente las lineas de defensa a traves de las cuales se adelantan actividades que permiten fortalecer de forma integral el cumplimiento de los objetivos institucionales

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

Comparativo 2022 – 2023

Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe 2022	Avance final del componente
50%	FORTALEZAS: La entidad cuenta con el comité de integridad, que permite aplicar, analizar y evaluar el código de integridad así como la información recibida de los grupos de valor. Se cuenta con el plan estratégico de talento humano y el comité institución de Gestión y desempeño y Coordinación de Control Interno. DEBILIDADES: Realizar el proyecto de implementación del proceso de Gestión Documental de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente	-4%
50%	FORTALEZAS: se actualizo el mapa de procesos y se encuentra en proceso de actualizacion y ajuste el mapa de riesgos. DEBILIDADES: definir guías y procesos en el caso de la materialización de los riesgos.	6%
50%	FORTALEZAS; Se cumple con las auditorias programadas en el plan anual de auditorías según el cronograma aprobado por el comité de coordinación de control interno. DEBILIDADES: establecer un formato seguimiento al plan de mejora con los componentes requeridos por la administración	10%
50%	FORTALEZAS: Se encuentra implementada la ventanilla única, se cuenta con procedimiento para el manejo de información interna y externa, se tiene el botón de transparencia, se realiza reportes de PQRSD, se cuenta con mecanismo de intercambio con entes de control, se cuenta con canales externos (transparencia correo electrónico, números telefónicos), se tiene la caracterización de algunos usuarios y grupos de interés y valor. La entidad realiza el cargue de información asociada a los respectivos indicadores diseñados y analiza los resultados obtenidos a partir de los mismos. La entidad realiza el cargue de información asociada a los respectivos indicadores diseñados y analiza los resultados obtenidos a partir de los mismos. Se cuenta con un proceso contable adecuadamente estructurado y actualizado de acuerdo a las normas vigentes. Se cuenta con un software institucional	16%

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

		para el manejo de la información en línea. DEBILIDADES; se encuentran en proceso el sistema de información documental y la obtención de las tablas de retención para el correcto manejo de la información de la entidad.	
50%		FORTALEZAS: Se desarrolla el plan anual de auditorías de la vigencia en coordinación con las tres líneas de defensa. DEBILIDADES: no están actualizadas las tablas de retención documental para el manejo de los documentos y la información institucional.	38%

2023

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	No	46%	**FORTALEZAS**: Si tiene la política de transparencia y acceso a la información pública mediante Res. 203 de 2021. Se tiene el PINAR y política de Gestión Documental Se cuenta con la matriz de riesgo de la institución **DEBILIDADES:** Falta la actualizacion de organigrama de la entidad y manual de funciones. - Actualmente no se cuenta con evidencias de el seguimiento de las actividades de socialización y adherencia a la Política de Integridad y el Código Falta Implementar Tablas de retención documental
Evaluación de riesgos	Si	56%	**FORTALEZAS:** Mapa de Riesgo Institucional Mapa de Riesgos de Corrupción Política de Gestión del Riesgo Actualizada 2023 **DEBILIDADES:** socialización de los riesgo en cada comité, se procesó al levantamiento del plan de mejoramiento del riesgo materializado. Establecer un cronograma de seguimiento en la vigencia evaluada .

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

Actividades de control	Si	60%	**FORTALEZAS**: La institución cuenta con Macroproceso, Subprocesos y Procesos Política de Seguridad Digital Política de Gobierno Digital Política de Comunicación Política de Transparencia Acceso a la Información **DEBILIDADES**: restructuración del Organigrama de la institución con los perfiles y manual de funciones actualizado. Promover las buenas prácticas, medidas preventivas y controles que puedan impactar en el logro de los objetivos institucionales, suscitando que la gestión del riesgo sea una parte integral de la planeación y ejecución de los procesos
Información y comunicación	Si	66%	**FORTALEZAS**: Políticas de Gestión documental Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción El uso de tecnologías de la información y las comunicaciones que eviten la presencia de los ciudadanos en las ventanillas única de la institución Protección de la información y de los bienes informáticos Rendición de cuentas Anualmente se deberá realizar la actualizacion del perfil demográfico de la institución, con la caracterización de los grupos de interés y las asociaciones de usuarios de los municipios del área de influencia **DEBILIDADES**: Falta Implementar Tablas de retención documental Creación línea anticorrupción y atención al ciudadano Proponer el desarrollo de acciones que permitan una adecuada y oportuna comunicación con el cliente interno y externo
Monitoreo	Si	88%	**FORTALEZAS**: El Plan Anual de Auditorías diseñado, tiene previsto desarrollar actividades de Auditorias a las dependencias teniendo en cuenta cada uno de sus procesos y procedimientos. Elaborar y entregar los informes legales y reglamentarios a las entidades receptoras de los mismos y verificar que se planteen las acciones correctivas señaladas por los

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

			órganos de control vinculantes. **DEBILIDADES**: Realizar los seguimientos y planes de mejora de los hallazgos encontrados en la diferentes auditorias y realizar la socialización en el comité de MECI y en la Alta Gerencia, dejar evidencia y cargue de la información

Resultado General del Autodiagnóstico

Entidad	Autodiagnóstico	Puntaje Final
Hospital Departamental San Antonio de Padua	Autodiagnóstico Direccionamiento Estratégico y Planeación	**73.8**
	Autodiagnóstico Conflicto de Intereses	**17**
	Autodiagnóstico Control Interno	**63**
	Autodiagnóstico Tramites	**49.5**
	Autodiagnóstico Defensa Jurídica	**93**
	Autodiagnóstico Gestión del Conocimiento	**45**
	Autodiagnóstico Gestión Documental	**60.6**
	Autodiagnóstico Gobierno Digital	**56**
	Autodiagnóstico Integridad	**29.2**
	Autodiagnóstico Participación Ciudadana	**61.6**
	Autodiagnóstico Plan de Anticorrupción	**65.7**
	Autodiagnóstico Rendición de Cuentas	**70.2**
	Autodiagnóstico Seguimiento evaluación Desempeño	**69.8**
	Autodiagnóstico Servicio al Ciudadano	**82.8**
	Autodiagnóstico Talento Humano	**77.4**
	Autodiagnóstico Transparencia Acceso a la Información	**79.1**
	Autodiagnóstico Gestión Presupuestal	

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

Prioridades:

- Fortalecer el acompañamiento de las actividades y roles de cada una de las actividades priorizadas en las políticas.
- Garantizar la entrega y reporte de las evidencias en los tiempos acordados y su publicación en la página web.
- Definir los lideres de cada política para garantizar los avances en cada una de ellas y su evaluación.
- Los responsables de las políticas deberán socializar sus avances en el comité de Gestión y Desempeño, presentado un informe.
- Fortalecer la racionalización de trámites ante el SUIT
- Fortalecer la Política de Integridad

Recomendaciones de Control Interno

Los resultados demuestran el alto grado de compromiso de la entidad para el fortalecimiento de su Sistema Integrado de Gestión, pero no se puede dejar de un lado aquellos aspectos que es necesario fortalecer y que a la luz de los resultados presentan algunas debilidades en sus desarrollos. Por lo tanto se requiere estructurar los respetivos planes de acción para mejorar aquellas autoevaluaciones que arrojaron resultados con deficiencia de control y oportunidad de mejora, por tal motivo y en un tiempo establecido se deben estructurar planes de acción para los autodiagnósticos que presentaron calificación por debajo del 80, sin dejar de un lado la optimización de aquellos autodiagnóstico cuyos resultados fueron superiores al 81, aspectos positivos que se deben seguir trabajando.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".