Nº DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
003	26/02/2025	2:30 pm	4:36 pm
LUGAR: AUDITORIO E.S.E HDSAP			

TIPO DE ACTIVIDAD:	SOCIALIZACIÓN:		CAPACITACIÓN:		OTRO
	VISITA AUDITORIA:		COMITÉ /EQUIPO:	**x**	
OBJETIVO:	Comité de Gestión y Desempeño Enero – Febrero 2025				
RESPONSABLE:	Planeación				
AGENDA:	Orden del Día 1. Verificación del Quorum 2. Informe Cierre Plan Desarrollo 2024 3. Informe Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 4. Informe Cierre Seguimiento Políticas Institucionales 5. Informe Cierre Seguimiento Planes Institucionales 6. Informe MECI 7. Informe Gestión Documental 8. Fase 1 Preparación FURAG 9. Fase 1 Rendición de Cuentas 2024 10. Fase 1 Cierre Riesgos Institucionales 2024, Proyección 2025 11. Proposiciones y Varios				

PARTICIPANTES	
Marleny Ramon (Control Interno)	Silvia Daniela Valencia (Lider Mercadeo)
Felipe Tierradentro (Planeación)	Luisa Castañeda (Coordinador SIAU)
Edwin Fabian Castro (Sistemas)	Diana Paola González (Delegada Asesor Administrativo)
Claudia Cediel (Delegada Calidad)	Félix Méndez (Químico) Invitado
Wilfrido Cárdenas (Archivo)	Carlos Useche (Ing. Ambiental) Invitado
Ana Maria Lugo (Jurídica)	Sergio Trujillo (IAMII) Invitado
Maria Teresa Andrade (Técnico Operativo) Delegado Financiera	Carolina Yasno (Humanización) Invitada
Lorena Aroca (MIPG)	Laura Valentina Cáceres (Humanización) Invitada
Calos Andrés Puyo (Apoyo Planeación)	Angelica Losada (SST) Invitada
Rafael Luna Joyas (Técnico Operativo) Talento Humano	

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

AUSENTES	
Jose Antonio Muñoz Paz (Gerente)	Maria Camila Tejada (Asesora Gerencia)
Cesar González (Subgerente Técnico Científico)	

Siendo las 2:44 pm del día 26 de febrero se da inicio al Comité de Gestion y Desempeño del mes de Enero y Febrero de la vigencia 2025, realiza la presentación Felipe Tierradentro (Planeación), dando la bienvenida a los integrantes del comité e invitados, se procede a la verificación del Quorum y aprobacion para dar inicio.

Según resolución 213 del 18 Julio de 2024 en el artículo 3º se presentan los integrantes del comité y en el artículo 8º para Quorum y Mayorias, donde se verificara la mitad mas uno de los miembros y su posterior aprobación.

Se procede a presentar la aprobación del comité y su inicio, por parte de Planeación donde los participantes dan la conformidad total para la presentación del orden del dia.

1. Orden del Día

1. Verificación del Quorum
2. Informe Cierre Plan Desarrollo 2024
3. Informe Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
4. Informe Cierre Seguimiento Políticas Institucionales
5. Informe Cierre Seguimiento Planes Institucionales
6. Informe MECI
7. Informe Gestión Documental
8. Fase 1 Preparación FURAG
9. Fase 1 Rendición de Cuentas 2024
10. Fase 1 Cierre Riesgos Institucionales 2024, Proyección 2025
11. Proposiciones y Varios

Seguidamente, se procede a realizar la presentación del comité según el orden del día aprobado por el comité, en punto **No. 2** se tiene la presentación del cierre del Plan de Desarrollo 2024, con sus 39 indicadores y 133 acciones, teniendo en cuenta que a partir del mes de Octubre del 2024 se aprobó el nuevo Plan de Desarrollo 2024-2028, se hace la aclaración al comité y deja en claro que es importante tener el cierre del Plan anterior como evidencia de los procesos que se venían trabajando durante la vigencia, adicional se les informa que esta información del seguimiento esta cargada en la página web de la institución (Matriz Excel) y se tiene el informe consolidado en caso que lo requieran.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

2. Informe Cierre Plan Desarrollo 2024

El Plan de Acción (POA) para la vigencia fiscal del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2024, materializa los indicadores y metas programadas en el Plan de Gestión 2024, documento que focaliza los logros o compromisos de desarrollo que de manera corporativa la ESE, diseñó, formuló y adoptó con el propósito de que la Gerencia disponga de una herramienta técnica, que oriente permanentemente el quehacer cotidiano de la empresa, en aras de aplicar el mejoramiento continuo que permita la prestación de servicios con calidad.

PRIMER TRIMESTRE 2024	
TOTAL AL 100%	28
TOTAL DE METAS DEL PLAN DE ACCION	39
% CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE	**71.79%**

SEGUNDO TRIMESTRE 2024	
TOTAL AL 100%	28
TOTAL DE METAS DEL PLAN DE ACCION	39
% CUMPLIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE	**71.79%**

TERCER TRIMESTRE 2024	
TOTAL AL 100%	32
TOTAL DE METAS DEL PLAN DE ACCION	39
% CUMPLIMIENTO TERCER TRIMESTRE	**82.05%**

CUARTO TRIMESTRE 2024	
TOTAL AL 100%	36
TOTAL DE METAS DEL PLAN DE ACCION	39
% CUMPLIMIENTO CUARTO TRIMESTRE	**92.30%**

Calculo del Indicador Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

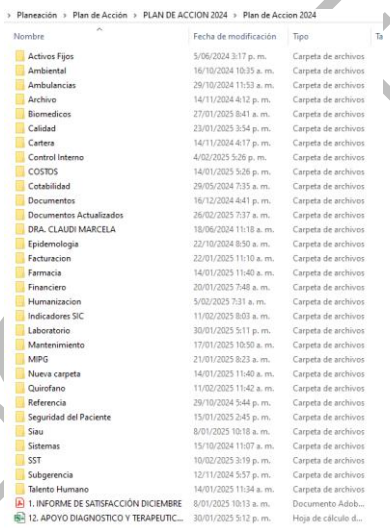
Número de Metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la Vigencia Objeto de Evaluación (2024) /

Número de Metas del Plan Operativo Anual programada en la Vigencia Objeto de Evaluación

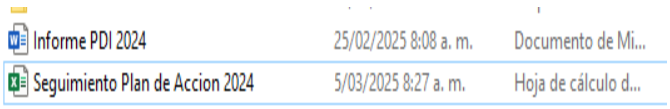
36/39 = 92.30%

Se realiza la presentación de cada uno de los trimestres, para el primero y segundo se alcanzo un porcentaje del 71.79%, para el tercero 82.05% y para el cuarto trimestre 92.30%, tener en cuenta que no se obtuvo un porcentaje mas alto ya que hubo areas que no ejecutaron las actividades en su totalidad y no lograron alcanzar la meta del indicador, se deja la trazabilidad de la información y la evidencia respectivas.

Evidencias Informes PDI



Informe de Seguimiento PDI



"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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. Informe Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), armonizado según la estructura del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP 2024), tiene como objetivo generar mecanismos que protejan a la administración de cometer actos de corrupción que vayan en contra de los fines esenciales del Estado.

PRIMER COMPONENTE: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y LAS MEDIDAS PARA MITIGAR LOS RIESGOS

SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS

CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Siguiendo el orden del día, en el punto **No. 3** se realiza la presentación del Plan Anticorrupción y Atención del Ciudadano que se ejecuto duran la vigencia y se socializan los siguiente resultados:

PLAN ANTICORRUPCIÓN 2024	
INDICADOR	GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN
FORMULA	Número de metas del Plan de Acción (Plan Anticorrupción) /Número de metas del Plan de Acción (Plan Anticorrupción) programadas
RESULTADO	**(17/22) *100 = 77.27 %**

El porcentaje de cumplimiento para el Plan fue del 77.27% de un total de 22 actividades distribuidas en los cinco (5) componentes del Plan se alcanzaron 17, a continuación se deja las oportunidades de mejora en las actividades que no se cumplieron.

- Revisar las actividades programadas que no se ejecutaron en la vigencia, con el fin de implementar las acciones de mejoras pertinentes para el logro de éstas. Publicar en el sitio web de la ESE, conforme lo ordena la ley 1474 de 2011 y 1712 de 2014, el presente seguimiento.

- Tener en cuenta que ya se realizó la actualización de los diez (10) tramites del SUIT quedando pendiente la actualización de los formatos por parte de calidad, para su posterior cargue en la página y socialización con los colaboradores y comunidad en general.

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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 CONTROLADO

- Pendiente la actualización de la política de prevención del daño antijurídico y su socialización.

- Tener en cuenta que el programa de Gestión Documental esta parcialmente ejecutado ya que no se tiene la gestión de la TRD, quedaron incluidas en el plan desarrollo 2024 2028 para su consecución.

4. Informe Cierre Seguimiento Políticas Institucionales

POLÍTICA
1. Política institucional de farmacia y uso racional de antibióticos 2. Política uso seguro de dispositivos médicos
3. Política de gestión ambiental institucional
4. Política institucional de gestión de la tecnología biomédica
5. Política de calidad
6. Política de prestación de servicios
7. Política de gestión del riesgo
8. Política de humanización
9. Política institución amiga de la mujer y de la infancia integral (IAMII)
10. Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional
11. Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

12. Política de planeación institucional
13. Política de seguridad del paciente
14. Política de seguridad digital
15. Política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción y lavado de activos.
16. Política de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas
17. Política de seguridad y salud en el trabajo
18. Política de seguridad vial
19. Política financiera, gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público
20. Política de prevención del daño antijuridico
21. Política de defensa judicial
22. Política de modernización de la infraestructura
23. Política de participación social en salud (PPSS)

Continuando con el orden del día en el punto **No. 4** se presenta el seguimiento y cierre de las política institucionales, que no están en el marco de MIPG, políticas que son institucionales y que están aprobadas para el mejoramiento continuo, tener en cuenta que son 33 políticas de las cuales 23 son institucionales y las 10 restantes están encaminadas a las dimensiones de MIPG.

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

1. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE FARMACIA Y USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS

Actividades Ejecutadas:

- **MPSM-GSF-FAR-PT-003 PROTOCOLO USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS,** que se realizó en colaboración con el Doctor de Armas Internista de nuestra institución.
- **MPSM-GSF-FAR-F-060** "FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS RESTRINGIDOS".
- Reporte cargue de Medicamentos en PISIS (I,II,III,IV Trimestre)

100%

El servicio farmacéutico realiza socializaciones a los usuarios sobre el uso correcto de los medicamentos en especial con los antibióticos, ejemplo asesorando en la importancia de la adecuada conservación, cumplir con los tiempos de administración y que se realice de manera completa con el fin de no crear una resistencia bacteriana.

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

2. POLÍTICA USO SEGURO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

TECNOVIGILANCIA

Lograr la disponibilidad y asequibilidad de los dispositivos médicos adecuados en los entornos sanitarios impulsa la equidad sanitaria y la prestación de servicios que respondan mejor a las necesidades de los pacientes.

- Rodas establecidas en el periodo 20, no se ha presento algún evento adverso que pongan en riesgo la integridad de ellos.
- Se presentaron incidentes con relación a devoluciones por fechas de vencimiento (Cánulas).

Se le informa al servicio de almacén que no se acepta el traslado de los fijadores de cánula por ser un dispositivo medico de baja rotación.

70%

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

3. POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL INSTITUCIONAL

80%

- **Impactos Ambientales Reducidos:**

Reducción de plagas y vectores

Aplicación de microorganismos en la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR): Estos organismos ayudaron a optimizar los procesos de depuración de aguas, mejorando la calidad del efluente y reduciendo la carga contaminante liberada al medio ambiente.

PARÁMETRO	UNIDADES	RESULTADO 2024	VALORES PERMISIBLES	CUMPLIMIENTO
DUREZA CÁLCICA	mg CaCO3/L	49.60	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
DUREZA TOTAL	mg CaCO3/L	75.24	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
FENOLES	mg/L	< 0.100	< 0.2	CUMPLE
FOSFORO REACTIVO TOTAL (ORTOFOSFATOS)	mg PO4/L	0.07	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
FOSFORO TOTAL	mg P/L	< 0.50	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
GRASAS Y ACEITES	mg/L	< 10.0	< 10.0	CUMPLE
NITRATOS	mg NO3/L	< 1.0	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
NITRITOS	mg NO2/L	< 0.02	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
NITROGENO AMONIACAL	mg N/L	0.01	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
NITRÓGENO ALBUMINAL	mg N/L	< 0.0	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
PH (IN SITU)	Unidades	7.66	6.0 - 9.0	CUMPLE
SOLIDOS SEDIMENTABLES	ml/L	0.15	< 5.0	CUMPLE
SOLIDOS SUSPENDIDOS TOTALES	mg/L	16.67	< 50.0	CUMPLE
SURFACTANTES (SAAM)	mg SAAM/L	15.35	ANÁLISIS Y REPORTE	NO APLICA
TEMPERATURA	°C	24.0	< 40°C	CUMPLE

Nota: Datos obtenidos de los informes de ensayos, Bitácora de operación de la PTAR y Bitácora de mantenimiento de la PTAR.

Salud Integral, Impacto Real

Toma la palabra Carolina Yasno, líder de Humanización preguntado cómo se están utilizando y el destino del dinero de la venta del reciclaje que sale de la institución, solicita el informe financiero del 2024 de estos dineros y como se esta manejando por parte del ambiental. Dentro de proposiciones y varios se deja la petición y en el próximo comité el Ing. Ambiental presentara el informe.

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

4. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

97%

- Se realizaron **3.163** mantenimiento preventivos realizados durante la vigencia alcanzado un 97% de ejecución. (Meta de 90%)
- Se realizaron **107** mantenimientos correctivos durante la vigencia con un promedio de 9 mensuales con un porcentaje de cumplimiento del 100%.
- Se realizaron **67** capacitaciones al personal asistencial cumplimiento del 100%
- Numero de instalaciones **28**

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

5. POLÍTICA DE CALIDAD

95%

1. Proporción de usuarios satisfechos con la atención en lo transcurrido del año 2024 la satisfacción de los usuarios oscilo entre el 99 y 100% según reporte del SUAI, lo que indica que las estrategias de mejoramiento han surtido el efecto esperado en el mejoramiento.

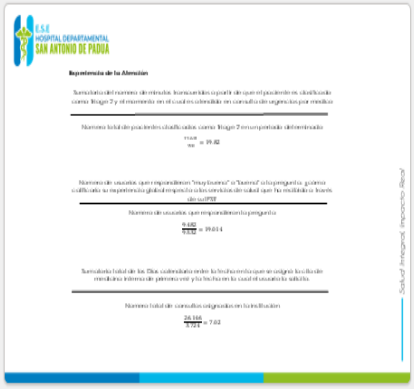
2. Proporción de usuarios que recomendarían la institución a un familiar En todo el año se evidencia un alto grado (Mayor del 95%) de satisfacción de los usuarios con la atención recibida, pero aun así en los comités de SIAU y calidad se trabaja en la elaboración de estrategias que mejoren el servicio y la satisfacción de los usuarios.

3. Proporción de la aceptación de Referencia Es evidente la eficacia del departamento de referencia y contrarreferencia el cual realiza el proceso dentro de los estándares establecidos.

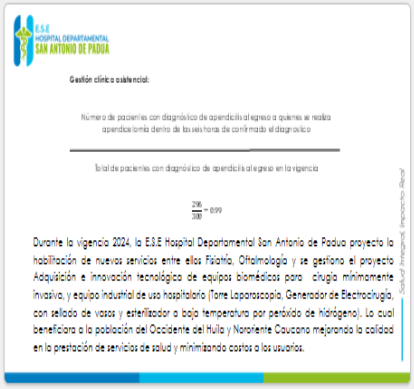
4. Proporción de usuarios atendidos puntualmente La mayor cantidad de quejas referentes a impuntualidad o retrasos en la atención provienen del servicio de urgencias, por lo que ha empezado a implementar estrategias para mejorar los tiempos.

Salud Integral, Impacto Real

22



23



24

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

%

7. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La Política de Administración de Riesgos tiene definido dentro de su estructura, el objetivo; el alcance; los responsables y sus roles; los lineamientos y herramientas para la identificación, valoración, tratamiento y administración de los riesgos y oportunidades.

85 Riesgos Institucionales aportados por las diferentes áreas de la E.S.E donde se registra el grado de severidad y la semaforización de cada uno de ellos, como también la barreras y acciones preventivas o de mejora.

Nivel de Riesgos	No. Riesgos	% Riesgos
Bajo	18	21,17%
Moderado	36	42,35%
Alto	31	36,47%
Total	85	

Macroprocesos	No.	% Participación
Macroproceso Direccionamiento Estratégico	19	22,35%
Macroproceso Prestación de Servicios Misionales	32	37,64%
Macroproceso Apoyo a la Gestión	34	40%
Macroproceso Evaluación, Control y Seguimiento	0	0%
Total	**85**	**100%**

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

97,91 %

8. POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

Línea 1. "Humanizarte" **87,5%**

Línea 2. "EDUCANDO CON AMOR" **100%**

Línea 3. "TU BIENESTAR ES EL MIO" **100%**

Línea 4. "CONSENTIDOS" **100%**

Línea 5. "SIEMPRE CONTIGO" **100%**

Línea 6 "PUERTAS ABIERTAS" **100%**

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

9. POLÍTICA INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA INTEGRAL (IAMII)

100 %

1. Porcentaje de partos vaginales:

$\frac{50}{130} \times 100 =$ **38%**

2. Porcentaje de niños vacunados con BCG:

$\frac{127}{130} \times 100 =$ **97%**

3. Porcentaje de niños vacunados con HB

$\frac{129}{130} \times 100 =$ **99,23%**

4. Porcentaje de niños que iniciaron lactancia materna en la primera hora después del nacimiento:

$\frac{125}{130} \times 100 =$ **96,15%**

5. Porcentaje de niños que recibieron contacto piel a piel:

$\frac{121}{130} \times 100 =$ **93,07%**

6. Porcentaje de mujeres a quienes se les realizo episiotomía:

$\frac{35}{130} \times 100 =$ **26,92%**

7. Porcentaje de mujeres quienes presentaron desgarro:

$\frac{10}{130} \times 100 =$ **7,69%**

Salud Integral, Impacto Real

Para esta política toma la palabra Carlos Puyo (Apoyo Planeación), manifestando que estos indicadores no están a corte de diciembre, indicado que hablo con el líder y le informo que están solo hasta agosto, se le indica que se revisara el informe que presentaron y se coordinará con el Jefe de IAMII que esta en licencia de maternidad para verificación de la información, se aclara que a partir del 2025 él será encargado de hacer todo el proceso de Políticas, Planes, Plataforma Estrategica, PDI, Plan de Acción.

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

66 %

10. POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

INCREMENTO 12.5 PUNTOS

AÑO 2022

AÑO 2023

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

40,9 %

11. POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS

$$\frac{\text{Número de procesos actualizados}}{\text{Número de procesos de la E.S.E}} \times 100$$

$$9/22 \; x \; 100 = 40.9\%$$

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

92,30 %

12. POLÍTICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

Segumiento a los indicadores institucionales de produccion y eficiencia

1. Indicadores de Seguimiento a los Objetivos establecidos en la Politica

$$\frac{\text{Numero de metas ejecutadas en la vigencia POA}}{\text{Numero de metas proyectadas en la vigencia}} \times 100$$

$$\frac{36}{39} * 100 = 92.30\%$$

Cumplimiento Plan de Acción Integrado MIPG: 66%

Cumplimiento Plan de Acción Institucional: 92.30%

Cumplimiento Plan Gestión Gerencial: 4.05 Satisfactorio con el 81%

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

90 %

13. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Periodicidad: mensual
Evidencia: Informe / comité de seguridad del paciente.

Res. 256 de 2014.

Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamento en hospitalización **0.03%**
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias **0.05%**
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización **0.04%**
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias **0.02%**
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa **0.01%**
Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica **0%**
Tasa de ulcera por presión **0%**
Gestión de eventos adversos **100%**

Indicadores Institucionales

Porcentaje de adherencia a la guía de aislamiento del paciente. **98%**
Porcentaje de adherencia al protocolo de identificación al usuario. **98%**
Porcentaje de adherencia al protocolo para la gestión segura de la sangre y sus componentes. **98%**
Porcentaje de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos. **98%**
Porcentaje de adherencia a la técnica de lavado de manos 99%
Porcentaje de la adherencia al protocolo de atención prioritaria a la gestante **98%**
Porcentaje de adherencia del proceso de dispensación de medicamentos en farmacia. **98%**
Porcentaje de adherencia al protocolo de prevención de ulceras por presión **98%**
Porcentaje de adherencia al protocolo de minimización del riesgo de caídas. **98%**

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

14. POLÍTICA DE SEGURIDAD DIGITAL

100 %

Indicador No. 1

Número de actualizaciones de Dinámica gerencial aplicados en el periodo a evaluar /
Numero de actualizaciones de Dinámica gerencial programados a aplicar en el periodo a evaluar

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR	15	16	15	22	22	22	21	25	21	32	25	28
DENOMINADOR	15	16	15	22	22	22	21	25	21	32	25	28
RESULTADOS	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100%	100 %	100%	100%	100%	100%

Numero de Requerimientos gestionados en el periodo a evaluar /
Numero de Requerimientos solicitados por el personal Asistencial y Administrativo

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR	31	35	33	25	31	35	32	35	37	28	35	39
DENOMINADOR	31	35	33	25	31	35	32	35	37	28	35	39
RESULTADOS	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100%	100 %	100%	100%	100%	100%

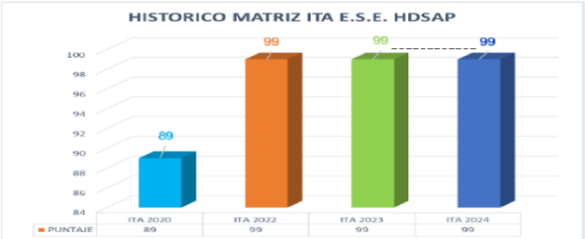
Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

80 %

15. POLÍTICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LAVADO DE ACTIVOS.

Reporte de Cumplimiento ITA para el Periodo 2024
Número de documento: NI 891180117
Sujeto obligado: ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
Nivel de cumplimiento: 99 sobre 100 puntos
Fecha de generación: 30/07/2024 06:21 PM
Tipo de formulario: Mintic Res.1519



Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

100 %

16. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

INDICADORES

Se realizar pruebas aleatorias al 100% de los servicios de la institución.

Formula indicador

Nº de pruebas negativas / Nº de pruebas aplicada *100

Nº de pruebas positivas en cero grados/ Nº de pruebas aplicada *100

Nº de pruebas positivas en primer grado / Nº de pruebas aplicada* 100

Nº de pruebas positivas en segundo grado / Nº de pruebas aplicada * 100

Nº de pruebas positivas en tercer grado / Nº de pruebas aplicada * 100

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

83,75 %

17. POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En cumplimiento de la normatividad vigente, actualmente se encuentra implementando el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y para ello, E S E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA aplicó la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019 el 17/01/2025 cuyo resultado para el 2024 es:

Item evaluado	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	82	25	20.5
II. Hacer (60%)	95	60	57
III. Verificar (5%)	25	5	1.25
IV. Actuar (10%)	50	10	5
% Total implementación			**83.75**

Cuando se realiza la presentación de la política de seguridad y salud en el trabajo, pide la palabra el Lider SST, mencionando que este no es el porcentaje de cumplimiento de la política, ya que según la calificación del Plan Anual SST quedo mas alto, se informa que se revisará el informe que el mismo líder suministro para el seguimiento de dicha política. Para el próximo comité se aclara la situación presentada y se deja en proposiciones y varios.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

34 %

18. POLÍTICA DE SEGURIDAD VIAL

PESV Sistema de Información de Seguimiento e Implementación del Plan Estratégico de Seguridad Vial

Cabe resaltar que el líder de la implementación del PESV manifiesta que a mitad del 2024 se inició la elaboración de la documentación que requiere el plan, por esta razón no se envía una información más avanzada, el actualmente la institución se encuentra en nivel BASICO, para implementar el PESV debe ejecutar 18 puntos de 24, durante el año 2024 se implementaron 6 pasos equivalentes al 34% de implementación.

1. Líder del diseño e implementación del PESV
2. Proyección Política
3. Liderazgo
4. Diagnóstico
5. Caracterización evaluación y control del riesgo
7. Mantenimiento y control de vehículos seguros y equipos

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

%

20. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURIDICO

21. POLÍTICA DE DEFENSA JUDICIAL

No presentaron informe de cierre, ni actualización

- Razón de liquidez.
- Prueba ácida.
- Razón de endeudamiento.
- Rotación de inventarios.
- Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

Para estas dos políticas se informa que durante la vigencia se realizaron diferentes solicitudes de seguimiento y acompañamiento, pero no se evidencio por parte del área jurídica la presentación de los informes de cierre y el no cumplimiento del indicador del Plan de Desarrollo de la realización de un video institucional para la prevención del daño antijuridico de la entidad, se deja la evidencia y se informa a Control interno para levantar plan de mejora.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

86 %

22. POLÍTICA DE MODERNIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	
PRESUPUESTO PROYECTADO INICIAL 2024	53.313.759.489
5% MANTENIMIENTO PROYECTADO INICIAL	2.665.687.974
ADICIONES PRESUPUESTALES	3.101.454.095
PRESUPUESTO DEFINITIVO 2024	56.415.213.583,66
5% MANTENIMIENTO PROYECTADO DEFINITIVO 2024	**2.820.760.679,18**
VALOR APROPIADO INICIAL	2.894.317.354
VALOR CONTRACREDITOS	579.850.045
VALOR CREDITOS	541.000.000
APROPIADO DEFINITIVO 2024	2.855.467.309
VALOR COMPROMETIDO	2.465.410.788
VALOR OBLIGADO	2.073.642.238
VALOR PAGADO	1.953.679.678
CUENTAS POR PAGAR	511.731.110
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**86%**

Para esta política es importante que lo informes presentados lleven información estadísticas para la medición de las diferentes actividades que se ejecutaron durante la vigencia y sea más fácil medir el proceso.

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

100 %

23. POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS)

Seguimiento Política de Participación Social en Salud 2024

1. Socialización De Deberes Y Derechos A Los Colaboradores
2. PQRS según ABC
3. Socialización De Deberes Y Derechos A Los Usuarios
4. Aumento gradual de la satisfacción global de los usuarios por los servicios prestados
5. Implementación de formas de participación social dentro la institución de los municipios de la zona de influencia de la E.S.E HDSP
6. Diseño, socialización, ejecución y evaluación del Programa de Humanización en la Institución
7. Ejecución del Programa de inducción y re inducción Institucional
8. Definir un espacio de informacion donde la comunidad tenga facil acceso
9. Convocar a la comunidad y servidores públicos a la rendición de cuentas del H.D.S.A.P
10. Capacitar a la comunidad en temas de salud publica
11. Diseñar una estrategia de comunicación e información para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria
12. Capacitar a la comunicad en el desarrollo de capacidades ciudadanas para el control social en la gestión pública
13. Fortalecer los canales de comunicación existentes en la institución
14. Activar la participación ciudadana a través de la junta directiva en la gestión de la institución
15. Realizar una jornada de capacitación acerca del fortalecimiento y promoción del control social en los funcionarios y la ciudadanía
16. Participación de los diferentes sectores en la toma de decisiones
17. Fortalecer la operatividad de la Asociación de Usuarios
18. Reunion con los reprentantes de la junta directiva de la asociaciones de usuarios del area de influencia y comunidad en general
19. Charla informativas con la cumindades del área del influencia
20. Conversatorio con los miembros de la junta directiva de la asociación de usuarios de la ESE
21. Participacion activa en la junta directiva del representante de la asociacion de usuarios de la ESE
22. Realizar rendicion de cuentas como dispositivo que permita la participacion ciudadana en la gestion de la ESE y conocer sus avances
23. Estrategia de informacion y comunicación definida para promover la cultura de bienestar en la comunidad en los espacios de incidencia de la PPSS

PPS190SPPS Archivo PPS190SPPS20241231NI000891180117 - 2025-02-21 08:25:20 AM
Enviado a: pagos@esesanantoniodepadua.gov.co
Sres. **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (NI 891180117)**

Resultado del procesamiento del archivo: **PPS190SPPS20241231NI000891180117**
- Fecha y Hora de Recepción: 2025-02-21 08:19:35 AM
- Registros leídos: Control = 1, Detalle: **23**
- Registro de control es correcto: **SI**
- Registros de detalle correctos: **23**
- Registros de detalle con error: **0**
- Registros de detalle con advertencias: **0**
- Registros de detalle cargados: **23**

Tipo de Registro	Enviados	Válidos	No válidos	Con Advertencias	Cargados
2 - Registro 2 de Seguimiento PPSS:	23	23	0	0	23
TOTAL	**23**	**23**	**0**	**0**	**23**

El archivo se procesó y la información válida se cargó en el sistema. (estado del archivo: C1)

Atentamente,

PISIS Distribuidor
Ministerio de Salud y Protección Social

Este correo es solo para propósitos informativos.
NO enviar mensajes a este correo.
Para dudas o sugerencias contacte a la Mesa de Ayuda.

Datos del proceso para cuando se solicite seguimiento a la Mesa de Ayuda:
GUID: 0434A8F7-70C5-4C20-9BPF-14824A5750B
MDS: 9E5E1A04B49C11969B833E7DF5E05F4

Salud Integral, Impacto Real

Terminado la socialización y seguimiento de cierre de las políticas institucionales, se informa y se deja en claro que a partir del 2025 la persona encarga de liderar el proceso de las Políticas, Planes, Plataforma Estrategia, PDI, Plan de Acción, será el señor Carlos Andrés Puyo y será la persona de liderar estos procesos con los lideres del proceso, adicional se le informa a los lideres de enviar las políticas y planes en archivo editable(Word), para su revisión y ajuste enlazado con el nuevo plan de desarrollo 2024-2028.

Pasado este punto se aborda el **No. 5**, relacionado al seguimiento y cierre de los Planes institucionales:

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

5. INFORME CIERRE SEGUIMIENTO PLANES INSTITUCIONALES

PLAN ESTRATÉGICO DE TALENTO HUMANO	Reúne los 6 Manuales de Gestión de Talento Humano y consolida la información del avance de dichos procesos.
PLAN ANUAL DE VACANTES	
PLAN DE PREVISIÓN DEL TALENTO HUMANO	Proceso restructuración nueva planta de personal, organigrama y manual de funciones
PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS	$\frac{11}{12} = 91\%$
PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	$\frac{45}{66} = 68\%$
PLAN ANUAL DE VACIONES	$\frac{31}{34} = 91\%$

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, CALIBRACIÓN Y/O VERIFICACIÓN	$\frac{2.465.410.788}{2.855.467.309} = 86\%$
PLAN ANUAL DE GESTIÓN AMBIENTAL Y GAGAS	$\frac{4}{5} = 80\%$
PLAN DE ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	$\frac{17}{22} = 77\%$
PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO	$\frac{7}{8} = 87\%$
PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	$\frac{5}{5} = 100\%$
PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	$\frac{8}{8} = 100\%$

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

PLAN DE CONTINGENCIA DE FALLOS DEL SISTEMA O PÉRDIDA DE DATOS	$\frac{4}{4} = 100\%$
PLAN ANUAL REDICIÓN DE CUENTAS	$\frac{5}{5} = 100\%$
PLAN ANTITRAMITES	Inscritos y Racionalizados 10 Actualizados Cero (0)
PLAN ANUAL DE SERVICIO AL CIUDADANO	$\frac{4}{4} = 100\%$
PLAN ANUAL DE AUDITORIA	$\frac{18}{25} = 72\%$
PLAN DE ACCION	$\frac{36}{39} = 92{,}30\%$

Salud Integral, Impacto Real

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNUCACIÓN -PETI	$\frac{3}{3} = 100\%$
PLAN DE AUSTERIDAD DEL GASTO	$\frac{4}{4} = 100\%$
PLAN DE TRABAJO ANUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Item	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	82	25	20.5
II. Hacer (60%)	95	60	57
III. Verificar (5%)	25	5	1.25
IV. Actuar (10%)	50	10	5
% Total Implementación			**83.75**

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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 la presentación de los informes y cierre de los planes institucionales, se evidencia el avance de cada área y el compromiso en el seguimiento y cumplimiento de las actividades desarrolladas para el mejoramiento continuo de la institución.

Procediendo con el orden del día para el punto **No. 6** toma la Palabra Doc. Marleny Ramon haciendo la presentación del informe MECI de las auditorias realizadas en 2024 y la proyección, socialización del cronograma de auditorias para el 2025.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

6. INFORME MECI

- COMITÉ DE CONTROL INTERNO

AUDITORIAS
PLANES DE MEJORA
SEGUIMIENTOS

PLAN DE AUDITORIA VIGENCIA 2024

Programa Anual de Auditorías de la Oficina de Control Interno

Proceso de Auditoria	Micro Proceso de Auditoria	Tipo de auditoría	Responsable de la Auditoria
INFORMES DE LEY			
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe pormenorizado de evaluación del sistema de	Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	contable	Asesor control interno-contador
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	anticorrupción	Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	mejoramiento	Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe sobre PQRS	Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Formulación Informe de avances de la gestión. (FURAG)	Asesor control interno y encargada de Planeacion
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Rendición de cuentas consolidadas	responsable procesos de presupuesto, contabilidad, almacen, juridico
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Software	Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Seguimiento a MIPG	Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Contratos	Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Supervisores cuotas y contratistas	Asesor control interno y encargada de Talento Humano
AUDITORÍA INTERNAS			
APOYO A LA GESTION	APOYO A LA GESTION	Cumplimiento normativo rendición de informes	Asesor control interno
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Cumplimiento normativo	Asesor control interno
APOYO A LA GESTION	GESTION FINANCIERA Y CONTABLE	Activos fijos	Asesor control interno
APOYO A LA GESTION	TALENTO HUMANO	Cumplimiento normativo	Asesor control interno
APOYO A LA GESTION	GESTION FINANCIERA Y CONTABLE	Arqueo de caja	Asesor control interno
PRESTACION DE SERVICIOS MISIONALES	PRESTACION DE SERVICIOS MISIONALES	Cumplimiento de protocolos, guias, formatos.	Asesor control interno
APOYO A LA GESTION	GESTION DE RECURSOS FISICOS	Pruebas selectivas en Farmacia, Almacen y	Asesor control interno
APOYO A LA GESTION	GESTION FINANCIERA Y CONTABLE	Cartera, Facturacion, Tesoreria,	Asesor control interno-almacen
APOYO A LA GESTION	GESTION DEL USUARIO	PQRS y seguimiento a las PQRS y evaluar la oportunidad de su	Asesor control interno-procesos SIAU, Call Center
APOYO A LA GESTION	APOYO A LA GESTION	Seguimiento actas de Mejoramiento	Asesor control interno - Lideres de procesos
APOYO A LA GESTION	APOYO A LA GESTION	Seguimiento a comites institucionales	Asesor control interno - Lideres de procesos
DESARROLLO DE OTROS ROLES DE LA OFICINAS DE CONTROL INTERNO			
APOYO A LA GESTION	N/A	Actitud de la administración	Invitacion segun programacion de comites - Auditorias Externa - Requerimiento de la administracion.
APOYO A LA GESTION	N/A	Atención ente organismo de control	
APOYO A LA GESTION	N/A	Asistencia Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	
		AUDITORIAS EJECUTADAS 18	72% Ejecucion
		AUDITORIAS PROGRAMADAS 25	

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

PLAN DE AUDITORIA VIGENCIA 2025

Programa Anual de Auditorías de la Oficina de Control Interno

Proceso de Auditoria	Micro Proceso de Auditoria	Tipo de auditoría	Fundamento de la Auditoria	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Responsable de la Auditoria
INFORMES DE LEY																
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe de Gestión o labores de la Oficina de Control Interno	Informe													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe pormenorizado de evaluación del sistema de control interno	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe control interno contable	NO APLICA													Asesor control interno-contador
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe seguimiento al Plan anticorrupción	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe de seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe sobre PQRS	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Formulación Informe de Avances del Modelo Estándar de Control Interno MECI en el marco de MIPG a través de FURAG en la vigencia	NO APLICA													Asesor control interno y encargada de Planeacion
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Rendición de cuentas consolidadas	NO APLICA													Asesor control interno y responsable procesos de presupuesto, contabilidad, almacen, juridico
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe derechos de Autor Software	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Seguimiento a MIPG	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe seguimiento a planes de auditorias	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Seguimiento Programa de Transparencia y Etica Publica	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Seguimiento Reporte Mantenimiento Hospitalario	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Rendición de la Contraloria Departamental del HUILA	NO APLICA													Asesor control interno / Gerencia / Planeacion
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Seguimiento Indice de Transparencia y Acceso a la Información Público (ITA)	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	Informe sobre posibles actos de corrupción. (en caso de evidenciarse)	NO APLICA													Asesor control interno
CONTROL INTERNO	Cumplimiento Ley	SIGEP servidores publicos y contratistas	NO APLICA													Asesor control interno y encargada de Talento Humano
AUDITORÍA INTERNAS																
APOYO A LA GESTION	APOYO A LA GESTION	Cumplimiento normativo rendición de informes	Verificar que se rinden oportunamente los informes a los entes de control, Contraloria, etc.													Asesor control interno
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gestion Juridica y Contratación	Verificar los procesos que involucre este componente													
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Cumplimiento normativo y de procesos	Verificar los procesos que involucre este componente													Asesor control interno
APOYO A LA GESTION	TALENTO HUMANO	Cumplimiento normativo y de procesos	Verificar los procesos que involucre este componente													Asesor control interno
PRESTACION DE SERVICIOS MISIONALES	PRESTACION DE SERVICIOS MISIONALES "	Cumplimiento de protocolos, guias, formatos.	Verificar cada uno de los procesos que comprenden	" Auditorias Servicios misionales												Asesor control interno
APOYO A LA GESTION	GESTION DE RECURSOS FISICOS	Pruebas selectivas en Farmacia, Almacen y Laboratorio	Inventarios en las servicios de farmacia, almacen y laboratorio													Asesor control interno
APOYO A LA GESTION	GESTION DOCUMENTAL		Verificar la aplicabilidad de la normatividad en el proceso gestion documental en la entidad													Asesor control interno-almacen
APOYO A LA GESTION	GESTION FINANCIERA Y CONTABLE	Presupuesto, Contabilidad, Cartera, Facturacion, Tesoreria, activos fijos	Verificar la aplicabilidad de la normatividad en el proceso gestion financiera													Asesor control interno-almacen
APOYO A LA GESTION	APOYO A LA GESTION	Seguimiento Planes de Mejoramiento	Efectuar seguimiento a los Planes de Mejoramiento Internos													Asesor control interno - Lideres de procesos
APOYO A LA GESTION	APOYO A LA GESTION	Seguimiento a comites institucionales	Efectuar seguimiento a los comites institucionales cumplimiento y compromisos.													Asesor control interno - Lideres de procesos
DESARROLLO DE OTROS ROLES DE LA OFICINAS DE CONTROL INTERNO																
APOYO A LA GESTION	N/A	Actitud de la Administración	N/A													
APOYO A LA GESTION	N/A	Atención ente organismo de control	N/A													Invitacion segun programacion de comites - Auditorias Externa - Requerimiento de la administracion.
APOYO A LA GESTION	N/A	Asistencia Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	N/A													
APOYO A LA GESTION	N/A	Asistencia Comité Institucional de Gestión y Desempeño	N/A													
APOYO A LA GESTION	N/A	Asistencia Comités que se requiera	N/A													

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

PLAN DE MEJORAMIENTO

Se caracterizan como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la Gestión de los procesos, como resultado de la Autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la Auditoría Interna, de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces y de las observaciones formales provenientes de los órganos de Control.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

El seguimiento consiste en las actividades que se deben realizar durante el periodo de tiempo de ejecución del Plan de Mejora. Su propósito consiste en verificar y controlar de manera sistemática el nivel de avance de las acciones y los objetivos propuestos.

Toda la información basa en Control Interno, se encuentra cargada en el micrositio de la página web https://hospitaldelaplata.gov.co/informes-de-control-interno/

INFORMES DE CONTROL 2024

TITULO	DOCUMENTO
Metodología Seguimiento Planes de mejoramiento	PDF
Acta Comité de Coordinación de Control Interno (05-07-2024)	PDF
Acta Comité de Coordinación de Control Interno (29-11-2024)	PDF
Informe De Auditoría Seguimiento A Plan Estratégico De Talento Humano	PDF
Informe De Auditoría Seguimiento A Plan De Capacitaciones	PDF
INFORME AUSTERIDAD EN EL GASTO I TRIMESTRE 2024	PDF
INFORME AUSTERIDAD EN EL GASTO II TRIMESTRE 2024	PDF
INFORME AUSTERIDAD EN EL GASTO III TRIMESTRE 2024	PDF
INFORME AUSTERIDAD EN EL GASTO IV TRIMESTRE 2024	PDF
Seguimiento Plan Anticorrucorrupcion Primer Cuatrimestre 2024	PDF
Seguimiento Plan Anticorrucorrupcion Segundo Cuatrimestre 2024	PDF
Seguimiento Plan Anticorrucorrupcion Tercer Cuatrimestre 2024	PDF

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

INFORMES DE AUDITORIA 2024

TITULO	DOCUMENTO
Informe De Auditoría Conflictos De Interés Y Aplicativo De Integridad Publica	PDF
Informe Auditoria PQRSF 2024 I Semestre	PDF
Informe de Auditoria Política de Integridad	PDF
INFORME AUDITORIA PQRSF II SEMESTRE 2024	PDF
INFORME AUDITORIA POLITICA DE INTEGRIDAD	PDF
INFORME AUDITORIA FACTURACION	PDF
INFORMES DE REPORTES ENTES DE CONTROL SEMESTRE I 2024	PDF
INFORMES DE AUDITORIA FARMACIA JUNIO 2024	PDF
INFORME EVALUACION DESEMPENO LABORAL 2023-2024	PDF
INFORME REVISION CONTRATOS SECOP Y SIA OBSERVA	PDF
INFORME REVISION AGREMIACION	PDF
INFORME PORMENORIZADO CONTROL INTERNO SEMESTRE 01 2024	PDF
INFORME POLITICA DE GESTION DEL RIESGO 2024	PDF
Informe evaluación Control Interno Rendicion de Cuenta 2023	PDF
INFORME DE CONTROL INTERNO JUNTA DIRECTIVA 2024	PDF
INFORME CARGUES SUPERSALUD	PDF
INFORME AUDITORIA SEGUIMIENTO PLAN ESTATREGICO TALENTO HUMANO	PDF
INFORME AUDITORIA SEGUIMIENTO PLAN DE CAPACITACIONES	PDF

La presentación se realiza de manera consolidada y ágil, donde toda la información relacionada MECI, se podrá consultar en la pagina web de la E.S.E. o realizar la solicitud al líder del proceso.

Importancia alta para el mes de Mayo y Junio efectuar el cierre de los riesgos institucionales y de corrupción del 2024 y proyectar la matriz para el 2025.

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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 punto **No. 7,** por parte de Planeación realiza la presentación de los avances en gestión documental para el mejoramiento continuo de la E.S.E, este proceso va de la mano del área de Calidad, que solicita la información como cumplimiento de uno de los estándares de la autoevaluación relacionada a Dirección y Gerencia, también se deja en claro que por la cantidad de documentos que tiene la entidad se viene haciendo la actualización de los documentos según la nueva plataforma estrategica (Logo y Eslogan) en todos lo procesos administrativos y asistenciales, se coordinara con el área de calidad la actualización de toda la carpeta compartida.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

7. INFORME GESTIÓN DOCUMENTAL

Durante la vigencia se crearon y actualizaron un total de **113** documentos en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua divididos de la siguiente manera según su proceso vinculado:

PROTOCOLOS NUEVOS	FORMATOS NUEVOS	MANUALES NUEVOS	PROCEDIMIENTOS NUEVOS	PROGRAMA NUEVO	DIAGNOSTICO NUEVOS	GUIA ADOPTADAS	TOTAL NUEVOS
28	41	2	3	4	1	13	92

PROTOCOLOS ACTUALIZADOS	PLANES ACTUALIZADOS	MANUALES ACTUALIZADOS	POLITICA ACTUALIZADA	PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADOS	MODELO ACTUALIZADO	PROGRAMA ACTUALIZADO	TOTAL NUEVOS
5	5	5	2	1	1	4	23

TOTAL, DOCUMENTOS NUEVOS Y ACTUALIZADOS
115

Salud Integral, Impacto Real

Adicional se esta haciendo el proceso de adopción de las GPC.

Toma la Palabra el líder MIPG Doc. Lorena Aroca haciendo la presentación consolidada de la ejecución del plan de mejora integrado MIPG del 2024.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

8. FASE 1 PREPARACIÓN FURAG

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORA INTEGRADO MIPG 2024

PLAN DE MEJORA INTEGRADO MIPG 2024	
INDICADOR	*GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORA INTEGRADO MIPG 2024*
FORMULA	Numero de metas del Plan de Mejora MIPG cumplidas/Numero de metas del Plan de Mejora MIPG programadas
RESULTADO	**105/108= 97%**

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

Seguidamente presenta la matriz de seguimiento del Plan de Mejora MIPG, dando a conocer cada una de las actividades distribuidas en las políticas y dimensiones que la componen, el cumplimiento de las mismas y su porcentaje de ejecución.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA MIPG

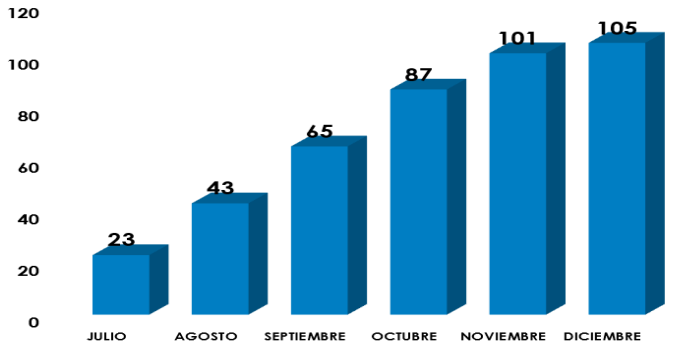
ITEM	Política y/o Herramienta de Autodiagnóstico	No metas proyectadas	EJECUTADAS	PENDIENTES DE EJECUCION	PORCENTAJE DE EJECUCION
1	Talento Humano.	11	10	1	91%
2	Gestión del Conocimiento y la Innovación.	9	9	0	100%
3	Integridad.	8	7	0	100%
4	Gestión Documental.	10	10	0	100%
5	Participación Ciudadana	6	6	0	100%
6	Planeación Institucional.	7	7	0	100%
7	Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción	9	9	0	100%
8	Servicio al Ciudadano.	8	8	0	100%
9	Racionalización de Trámites.	6	5	2	69%
10	Seguimiento y Evaluacion	8	8	0	100%
11	Gobierno Digital	9	9	0	100%
12	Seguridad Digital.	7	7	0	100%
13	Control Interno	10	10	0	100%
	TOTAL	108	105	3	97%
		100%	97%	3%	

Interviene Carlos Puyo Indicado que hay unas inconsistencias en la resta entre las metas proyectas y las ejecutadas en la política de integridad, racionalización de tramites. El líder indica que lo revisara y aportara el ajuste necesario.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

SEGUIMIENTO EJECUCIÓN PLAN DE MEJORA INTEGRADO MIPG 2024

MES	ACCIONES EJECUTADAS	PORCENTAJE AVANCE
JULIO	23	21%
AGOSTO	43	40%
SEPTIEMBRE	65	60%
OCTUBRE	87	81%
NOVIEMBRE	101	94%
DICIEMBRE	105	97%



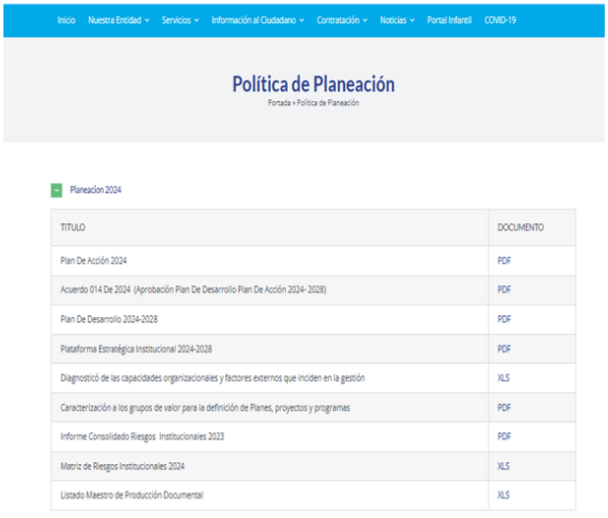
"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

Como se refleja en la imagen anterior, el líder de MIPG presenta el seguimiento mes a mes desde que se proyecto el plan integrado en el mes de Julio y cerrando en el mes de Diciembre con 108 actividades propuestas y la ejecución de 105, para un porcentaje de cumplimiento del 97%.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS PAGINA WEB MODULO MIPG

CREACIÓN MODULO MIPG EN PAGINA WEB



Salud Integral, Impacto Real

Continuando con la presentación el líder de MIPG, socializa el avance en la creación del modulo de MIPG en la pagina web y la distribución de cada una de las política y los avances que se realizaron para la vigencia 2024.

Adicional manifiesta las acciones pendiente de ejecución y el por qué no se cumplieron:

POLITICA DE TALENTO HUMANO:

<u>1. Actualización del Manual de Funciones:</u> El documento se actualizo, pero se tiene pendiente la aprobación por parte de la Junta Directiva, por tanto, se efectuará el seguimiento respectivo de la aprobación y ejecución final de dicha acción de mejora programada.

POLITICA DE RACIONALIZACION DE TRAMITES:

<u>2. Ajustar los Actos Administrativos Reglamentarios de Tramites</u>

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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 CONTROLADO

3. Realizar difusión sobre los beneficios de trámite(s).

Durante la vigencia 2024 se ejecutaron importantes acciones en torno al avance de la política y cumplimiento de las acciones de Mejora, recuperando datos de acceso al SUIT, culminando fase de inscripción del Tramite de Paz y Salvo que se encontraba en Creación, se efectuaron diversas jornadas de análisis en mesas de trabajo y en comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Dada la complejidad de la situación de la política, donde se encontró que los tramites registrados en la plataforma tienen fecha de inscripción del año 2014, no fue posible culminar con las acciones de mejora programadas, puesto que se consideró necesario se efectuaran otra(s) jornada(s) de análisis para proceder a la depuración y o incorporación de tramites institucionales.

Posterior a la explicación de las acciones no cumplidas o que están en proceso de ejecución, procede a presentar la circular 100-033 2025 de la función pública, donde se presentan los lineamientos para el registro a través del formulario único de actividades y avance de gestión FURAG.

Cronograma

ACTIVIDAD	FECHA MÁXIMA ESTIMADA
Capacitación y acompañamiento a las entidades para el adecuado reporte de la información	3 de marzo al 25 de abril
Apertura del aplicativo FURAG para la recolección de información	17 de marzo
Cierre del aplicativo FURAG	25 de abril
Análisis y procesamiento estadístico de los datos recolectados	29 de abril a 26 de mayo
Validación de evidencias por parte de los líderes	2 de mayo al 31 de julio
Aprobación resultados medición del desempeño institucional vigencia 2024	27 de mayo al 5 de junio
Publicación de los resultados de los índices de desempeño institucional	6 al 13 de junio
Difusión resultados Función Pública y líderes de política	6 de junio al 28 de noviembre

Cerrando su intervención indicando el compromiso y la consolidación de la información, para tenerla a la mano para el proceso de diligenciamiento con las evidencias correspondientes a cada área y cumpliendo las fechas de aplicación del formulario.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

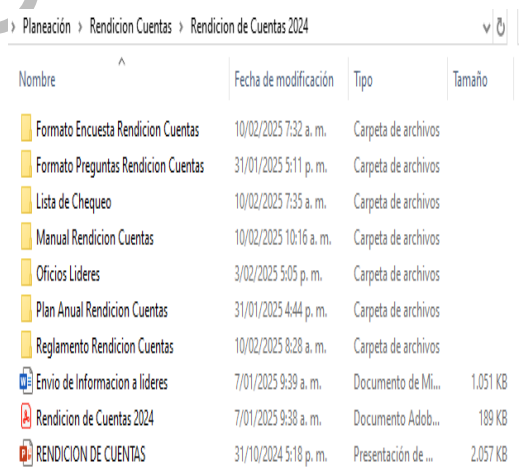
Retoma la palabra Felipe Tierradentro, dando paso al punto **No. 9** Fase 1 y 2 Rendición de cuentas 2024, donde se realiza un recuento del proceso que se ha realizado a la fecha generando dos reuniones con sus actas respetivas y la siguiente información

Acta 01 Fase 1, Aprestamiento Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2024

Acta 02 Fase 2, Diseño Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2024

Fecha: 04 Abril 2025

Reunión Logística: 27/02/2025 4:00 pm



› Planeación › Rendicion Cuentas › Rendicion de Cuentas 2024

Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
Formato Encuesta Rendicion Cuentas	10/02/2025 7:32 a. m.	Carpeta de archivos	
Formato Preguntas Rendicion Cuentas	31/01/2025 5:11 p. m.	Carpeta de archivos	
Lista de Chequeo	10/02/2025 7:35 a. m.	Carpeta de archivos	
Manual Rendicion Cuentas	10/02/2025 10:16 a. m.	Carpeta de archivos	
Oficios Lideres	3/02/2025 5:05 p. m.	Carpeta de archivos	
Plan Anual Rendicion Cuentas	31/01/2025 4:44 p. m.	Carpeta de archivos	
Reglamento Rendicion Cuentas	10/02/2025 8:28 a. m.	Carpeta de archivos	
Envio de Informacion a lideres	7/01/2025 9:39 a. m.	Documento de Mi...	1.051 KB
Rendicion de Cuentas 2024	7/01/2025 9:38 a. m.	Documento Adob...	189 KB
RENDICION DE CUENTAS	31/10/2024 5:18 p. m.	Presentación de ...	2.057 KB

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

Adicional se tiene proyectado el cargue de la información en el micrositio de la página web de rendición de cuentas toda la información un mes antes del evento público

Rendición de Cuentas

Portada » Rendición de Cuentas

2024

TITULO	DOCUMENTO
Formulario de Inscripción Virtual o Presencial Vigencia 2024	Enlace
Formulario de Preguntas Previas Rendición de Cuentas Vigencia 2024	Enlace
Lista De Chequeo Rendición De Cuentas E.S.E HDSAP 2024	Enlace
Manual Estrategia De Rendición De Cuentas 2024 E.S.E HDSAP	Enlace
Reglamento De La Audiencia Pública De Rendición De Cuentas E.S.E HDSAP 2024	Enlace
Plan Anual De Rendición De Cuentas E.S.E HDSAP 2025	Enlace

Siguiendo con el orden del día se procede a presentar el punto **No. 10** que es la fase de cierre de los riesgos institucionales del 2024 y la proyección de la matriz de la vigencia 2025, se informa que hay una totalidad de 100 riesgos por evaluar y que se tiene para el mes de Mayo y Junio realizar el proceso.

Esta información de cierre se presentará en comité de gestión y desempeño, apenes este el informe consolidado y los riesgos materializados serán reportados al área de control interno y calidad, para el seguimiento de los planes de mejoramiento instaurados.

Adicional se indica que el 27 febrero se realizará la 3 reunión de fase 3 logística de rendición de cuentas para delegar los equipos de apoyo para el día del evento.

Por parte del área de Planeación se da por terminado el comité y pone en consideración proposiciones y varios.

Toma la palabra la Doc. Marleny Ramon Ospina manifestando que las sugerencias y peticiones que salieron del comité se dejen como compromisos para el próximo comité y sean presentadas al inicio para subsanar el pendiente.

1. Informe financiero de la venta del reciclaje de la E.S.E (Ing. Ambiental)
2. Revisión informe de política IAMII
3. Revisión informe de SST

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"

REVISION DE COMPROMISOS			
COMPROMISOS POR EJECUTAR	**RESPONSABLE**	**FECHA CUMPLIMIENTO**	**ESTADO EJECUCIÓN**
1. Informe financiero de la venta del reciclaje de la E.S.E	Ing. Ambiental	Próximo comité	En proceso
2. Revisión informe de política IAMII	Lider IAMII	2da Semana de Marzo	En proceso
3. Revisión informe de SST	Lider SST	Primera semana Marzo	En proceso

PROPOSICIONES Y VARIOS:

FECHA Y HORA PROXIMA REUNIÓN:	Por definir
LUGAR:	

REDACTÓ: Felipe Tierradentro (Planeación)

ANEXOS:

Anexo 1: Listado de Asistencia
Anexo 2: Evidencia Fotográfica

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "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"