



## ACTA DE COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO.

### I. IDENTIFICACIÓN

#### APROBACION DE LOS PLANES ESTRATEGICOS E INSTITUCIONALES DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS A LOS JEFES DE AREAS.

ACTA N°: 001

FECHA: 25/01/2023

LUGAR: Sala de Juntas

HORA INICIO: 02:00 AM

HORA FINAL: 5:00 P.M.

ACTA N°

### II. ORDEN DEL DIA

1. Verificación de Asistencia
2. Instalación de la reunión.  
Desarrollo de la reunión: Aprobación de los planes **ESTRATEGICOS E INSTITUCIONALES DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS**
3. Conclusiones.

### III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

#### 1. ASISTENCIA :

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Vidal Díaz	Gerente
Maria Ramos	Profesional Universitario
Zulim Trujillo Guerra	Jefe de Control Interno
Jhanina Díaz Vidal	Coordinador de Calidad
Katia Santos	Presupuesto
Fabiola Durango	Contadora
Karla Reyes Lugo	Responsable SG-SST
Mauricio Coneo	Coordinador de Sistemas
José Mario Nisperuza	Jefe Almacén
Reinaldo Cordero	Gestión documental
Alexandra Vega	Coordinadora PyM
Maira Pacheco	Coordinadora Medico
Yeison Benitez	Coordinador Facturación.
Tomas Valdelamar	Juridico
Exalia Gomez	Coordinadora SIAU
Dairo Avila	Coordinador Laboratorio Clinico

Verificación de asistencia. Siendo las 2:00 PM del 25 de Enero de 2023, se constató la asistencia de los funcionarios convocados a la reunión.



## 2. Instalación de la reunión:

Toma la palabra la Dra. Jhanina Díaz, Coordinadora de calidad, donde da la bienvenida a todos los convocados a la reunión y así mismo explica que el objetivo de la reunión, que es **LA APROBACION DE LOS PLANES ESTRATEGICOS E INSTITUCIONALES DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS.**

## 3. DESARROLLO DE LA REUNION:

Toma la palabra la coordinadora de calidad y/o jefe de planeación, quien explica que, los planes estratégicos e institucionales, tienen como propósito articular el sistema de gestión para mejorar el desempeño institucional, los cuales se implementaran a través de planes, programas, metodologías y estrategias. Los planes que se pretenden integrar en la ESE HOSPITAL SAGRADO son:

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad-PINAR.
2. Sistema integrado de Conservación Documental - SIC
3. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones-PETI
4. Plan Anual de adquisiciones
5. Plan Estratégico de Talento humano
6. Plan Anual de Vacantes
7. Plan de Previsión de Recursos Humanos
8. Plan Institucional de Capacitación-PIC
9. Plan de Bienestar e Incentivos Institucionales
10. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.
11. Plan de gestión ambiental
12. Plan Anticorrupción y atención al ciudadano
13. Modelo integrado de planeación y Gestión – MIPG.

Acto seguido, se realiza una breve definición de cada uno y se explica la importancia para la gestión institucional y el direccionamiento estratégico de la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS definiendo además que las áreas a las que se encuentren adscritos cada uno de los planes mencionados, se integraran según corresponda a su plan anual de acción, velando por que los objetivos, las estrategias, las metas, los responsables del cumplimiento y los indicadores de gestión de cada uno de ellos, guarden coherencia con los contenidos exigidos por la norma que los regula.

Los planes se definen en el mismo orden,

**Plan Institucional de Archivos de la Entidad-PINAR:** Es un instrumento para la planeación de la función archivística, el cual contendrá los diferentes tipos documentales, cómo se identifican, dónde **deben** almacenarse, cómo **deben** indexarse para su recuperación; e información específica sobre disposición final, aprobada para cada **archivo**. Este plan se articula con los demás planes y proyectos estratégicos previstos por la Entidad.

**Sistema integrado de Conservación Documental – SIC:** Es el instrumento archivístico cuya finalidad es garantizar la conservación y preservación de todo tipo de información, independientemente del medio o tecnología con la cual se haya generado, manteniendo sus atributos desde el momento de la producción y durante toda su vigencia.

**Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones-PETI:** Busca que la Entidad



administre de manera eficiente los recursos de tecnología, los sistemas de información y la información, necesarios para la gestión de la organización.

**Plan Anual de adquisiciones:** Es una herramienta para facilitar a las entidades estatales identificar, registrar, programar y divulgar sus necesidades de bienes, obras y servicios; y diseñar estrategias de contratación basadas en agregación de la demanda que permitan incrementar la eficiencia del proceso.

**Plan Estratégico de Talento humano:** Tiene como objetivo determinar las acciones a seguir para el desarrollo de los planes, programas y proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los servidores públicos y sus familias, articulando estratégicamente las diferentes funciones relacionadas con el talento.

**Plan Anual de Vacantes:** Es el instrumento de planificación, administración y actualización de la información relacionada con los empleos de carrera.

**Plan de Previsión de Recursos Humanos:** Es un instrumento de gestión del talento humano, que permite determinar, de manera anticipada, las necesidades de personal en términos cuantitativos y cualitativos para atender eficientemente los servicios y productos a cargo de la entidad.

**Plan Institucional de Capacitación-PIC:** Es el conjunto coherente de acciones de capacitación y formación que durante un periodo de tiempo y a partir de unos objetivos específicos, facilita el desarrollo de competencias, el mejoramiento de los procesos institucionales y el fortalecimiento de la capacidad laboral.

**Plan de Bienestar e Incentivos Institucionales:** Está dirigido a los servidores públicos vinculados a la planta de personal de la entidad en sus distintas modalidades: carrera administrativa, libre nombramiento y remoción, provisionalidad y temporales.

**Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo:** Comprende la protección y promoción de la salud de los servidores y contratistas y así mismo la gestión del riesgo para evitar o reducir las lesiones y las enfermedades causadas por las condiciones de trabajo.

**Plan de gestión ambiental:** lineamientos que orientan la gestión ambiental, hacia el logro de los objetivos ambientales, a la vez que perfilan el método particular por el cual opta el Plan de Gestión Ambiental para desarrollarlos, de acuerdo a los instrumentos de planeación ambiental.

**Plan Anticorrupción y atención al ciudadano:** definiéndolo como un instrumento estratégico orientado a la prevención de actos de corrupción y a la prestación de los servicios de salud con altos estándares de calidad, calidez y oportunidad presentes en la efectividad del control de la gestión institucional, reflejado en el actuar de todos y cada uno de los servidores públicos y colaboradores del Hospital, a partir de la implementación de los 6 componentes que integran el plan anticorrupción institucional y contempla como sexto componente, el código de integridad y buen gobierno, el cual será socializado y desarrollado a fin de prevenir actos de corrupción en todas las áreas de la ESE HSCJ.

**Modelo integrado de planeación y Gestión – MIPG.**

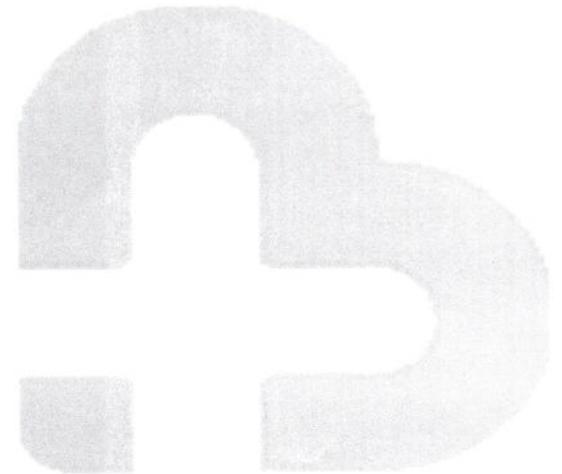


#### 4. CONCLUSIONES:

El gerente y los líderes de las áreas a los que se encuentran adscritos estos planes, aprueban ante el comité de Gestión y Desempeño de la ESE Hospital sagrado Corazón de Jesús, los Planes estratégicos e institucionales, ya que se desarrollan con fundamento en la normatividad vigente, principios de igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

Estos planes se formularon a corto y mediano plazo dentro de la vigencia 2023; las oficinas de Calidad y/o planeación y control interno, realizarán seguimiento periódico a las actividades propuestas para la vigencia, conforme a lo estipulado en la norma y dichas acciones o actividades por dependencias, se describen en extensión de alcance y meta estratégica, en el Plan Operativo Anual – POA, del cual serán responsables los mismos líderes de cada proceso.

Nº	Actividad	Responsable	Fecha de Terminación	
			Plan	Real
1	Realizar reunión de comité de Gestión y Desempeño para socializar los planes aprobados, con previa citación a los jefes de todas las áreas de la ESE HSCJ	Control Interno Calidad	Marzo 15 de 2023.	





**CONTROL DE REGISTRO DE LA ASISTENCIA:**

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Rebeca Durango G	Contadora	
Mauricio Coma Romero	Ing. Sistemas	
Maria Ramos Hernandez	Prof Universitario	
Doris Avila Mendez	Bacteriologo	
Thaneidy M <sup>a</sup> Cordoba Gutierrez	Coordinadora PAI	
Alexandra Vega A.	Coordinadora CEM	
Maira Pacheco Dom	Coordinadora Médica	
Reinoldo Cordero G	Archivo	
Jose M. Wisperkun	Almacén	
Exalva Gomez Borrera	Aux Area - STAU	
Katie Santos Coates	Aux Administrativo	
TOMAS VALDELMAR	JCO.	
Therina Diaz Vidal	Coordinadora Calidad	
Julm Tujillo Gueno.	Control Interno.	
Karla Reyes Lugo	Resp. SST	





### I. IDENTIFICACIÓN

#### SOCIALIZACION DE LOS PLANES ESTRATEGICOS E INSTITUCIONALES DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS A LOS JEFES DE AREAS.

ACTA N°: 002

FECHA: 15/03/2023

LUGAR: Sala de Juntas

HORA INICIO: 02:00 PM

HORA FINAL: 5:00 P.M.

ACTA N°

### II. ORDEN DEL DIA

1. Verificación de Asistencia
2. Instalación de la reunión.  
Desarrollo de la reunión: Socialización del MAPA DE RIESGO, PLAN OPERATIVO ANUAL, MIPG, PLAN ANTICORRUPCION, PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO, GESTION DOCUMENTAL a los jefes de área de la ESE HSCJ.
3. Conclusiones.

### III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

#### 1. ASISTENCIA :

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Vidal Díaz	Gerente
Maria Ramos	Profesional Universitario
Zulim Trujillo Guerra	Jefe de Control Interno
Jhanina Díaz Vidal	Coordinador de Calidad
Katia Santos	Presupuesto
Fabiola Durango	Contadora
Karla Reyes Lugo	Responsable SG-SST
Mauricio Coneo	Coordinador de Sistemas
José Mario Nisperuza	Jefe Almacén
Reinaldo Cordero	Gestión documental
Alexandra Vega	Coordinadora PyM
Maira Pacheco	Coordinadora Medico
Yeison Benitez	Coordinador Facturación.
Tomas Valdelamar	Juridico
Exalia Gomez	Coordinadora SIAU
Dairo Avila	Coordinador Laboratorio Clinico

Verificación de asistencia. Siendo las 2:00 PM del 15 de Marzo de 2023, se constató la asistencia de los funcionarios convocados a la reunión.



## 2. Instalación de la reunión:

Toma la palabra la Dra. Jhanina Díaz, Coordinadora de calidad, donde da la bienvenida a todos los convocados a la reunión y así mismo explica que el objetivo de la reunión, que es **LA SOCIALIZACION DE LOS PLANES ESTRATEGICOS E INSTITUCIONALES A LOS JEFES DE AREA DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS.**

## 3. DESARROLLO DE LA REUNION:

Toma la palabra el **JEFE DE CONTROL INTERNO**, quien explica Que, las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado; y que la administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley, por lo tanto se adoptaron los planes estratégicos e institucionales en la ESE, a través de Resolución # 0014 de 2022, las cuales se implementarán a través de planes, programas, proyectos, metodologías y estrategias, de acuerdo a las normas que reglamentan o regulen, que conlleven al fortalecimiento organizacional y la simplificación de procesos. Por ello empezamos socializando el **MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL**, normatividad, alcance, objetivo y manifiesta que el **MAPA DE RIESGO** es una herramienta, basada en los distintos sistemas de información, que pretende identificar las actividades o procesos sujetos a **riesgo**, cuantificar la probabilidad de estos eventos y medir el daño potencial asociado a su ocurrencia y además enfatiza que el decreto 1537 de 2001, reglamentó la ley 87 de 1993 establece que control interno define y aplica medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir desviaciones.

Es por ello, que con el fin de dar cumplimiento a los criterios anteriormente mencionados, hemos decidido convocar a los **JEFES DE AREAS** y así realizar acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados y son los responsables de los procesos, los encargados de mitigar estos riesgos, ya que el seguimiento se encuentra a cargo de la Oficina de Control Interno. Acto seguido, se notifica que el **MAPA DE RIESGO INTEGRAL DE LA ESE**, se adoptó y se actualizó mediante resolución #006 del 23 de enero de 2023 y de esta manera, se continua con la estrategia de socialización de actividades establecidas en el mapa de riesgo vigencia 2023, aplicando altos estándares de calidad para prestar servicios seguros y oportunos a la comunidad, relacionando las actividades para cada área y resaltando detalladamente, los siguientes aspectos, como son: **RIESGO, DESCRIPCION DEL RIESGO, ACCIONES, PLAZO.** Agregando además, que a cada jefe de área se le notificara de sus acciones a realizar y el seguimiento se realizará cuatrimestralmente, es decir abril, agosto y diciembre, con su respectiva evaluación.

La coordinadora de Calidad y/o planeación, Jhanina Díaz, continúa la exposición con **EI PLAN OPERATIVO ANUAL – POA** de la entidad, que es un tipo de plan que prioriza las iniciativas más importantes para cumplir con ciertos objetivos y metas. De esta manera, un plan de acción se constituye como una especie de guía que brinda un marco o una estructura a la hora de llevar a cabo un proyecto una meta. Es un instrumento institucional que permite asegurar el cumplimiento de los lineamientos plasmados en el Plan de Gestión, a través de la gestión de la ejecución de sus proyectos y el desarrollo de actividades programadas para la presente vigencia. En tal sentido, permite orientar la gestión del Hospital durante el año mediante la inversión de los recursos disponibles cumpliendo los objetivos corporativos. Que dentro de los principios presupuestales aplicables a las Empresas Sociales del Estado está el de planeación, por lo tanto, se debe elaborar el Plan Operativo Anual y en nuestra entidad Se adoptó y se actualizó mediante resolución #0007 del 23 de enero de 2023. Acto seguido, se continua exponiendo las actividades a desarrollar para cada jefe de área, todo con el fin de fortalecer la implementación de sistemas de gestión para la mejoría integral de los resultados en materia de calidad, seguridad y medio ambiente. Agregando además, que a cada jefe de área se le notificara de sus acciones a realizar y que el seguimiento lo realizara el jefe de control interno y el coordinador de calidad de la entidad, de forma trimestral, es decir marzo, junio, septiembre y diciembre con su respectiva evaluación.



Continua exponiendo, el **MODELO INTEGRAL DE PLANEACION Y GESTION MIPG** institucional, a los jefes de área de la ESE HSCJ, detallándolo, como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de las entidades y organismos públicos, este se adoptó en la ESE, a través de resolución #0009 del 25 de enero de 2023. Acto seguido, la Dra Jhanina Díaz expone el **PLAN ESTRATEGICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN LA ESE HSCJ**, detallando las dimensiones y políticas aplicables para la vigencia 2023. A continuación, se notifica que los jefes de áreas, recibirán un oficio con las actividades a implementar en esta vigencia, y el seguimiento lo realizará el jefe de control interno, el coordinador de calidad y/o planeación de la entidad, de forma cuatrimestral, es decir, Abril, Agosto y una evaluación al final de la vigencia y que para el MIPG de 2023, se incluirán las acciones pendientes de la vigencia 2022 y se incluirá además, el área asistencial, buscando implementar nuevas políticas contempladas por el DAFP para la gestión y desempeño institucional.

La jefe de control interno, Zulim Trujillo expone **EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO**, definiéndolo como un instrumento estratégico orientado a la prevención de actos de corrupción y a la prestación de los servicios de salud con altos estándares de calidad, calidez y oportunidad presentes en la efectividad del control de la gestión institucional, reflejado en el actuar de todos y cada uno de los servidores públicos y colaboradores del Hospital, a partir de la implementación de los 6 componentes que integran el plan anticorrupción institucional y contempla como sexto componente, el código de integridad y buen gobierno, el cual será socializado y desarrollado a fin de prevenir actos de corrupción en todas las áreas de la ESE HSCJ. Dicho plan, fue adoptado y actualizado mediante resolución #0008 del 25 de Enero de 2023 y su seguimiento se realizará trimestralmente, reportándolos en la página web de la entidad los 10 primeros días de cada mes, es decir, abril 10, julio 10, septiembre 10, enero 10, por la oficina de control interno.

Seguidamente la dra Maria Ramos, Profesional Universitario expone que **EL PLAN DE ESTRATÉGICO DEL TALENTO HUMANO** se establece con la finalidad de que se constituya en una herramienta coyuntural y en un instrumento básico, que soporte los cambios organizacionales y logre el mejoramiento de la calidad de la gestión institucional. Con la expedición de la Ley 909 de 2004, se afirma el compromiso por parte de las Entidades del Estado de capacitar y formar a los funcionarios públicos, orientada al desarrollo de sus capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias, fundamentales, con miras a propiciar su eficacia personal, grupal y organizacional. Para el mejoramiento de la calidad de la gestión institucional, se hace necesario realizar planes, programas y proyectos especializados orientados hacia el fortalecimiento y potencialización del bienestar y productividad del talento humano como determinante estratégico de la gestión, alineando los aspectos de carrera administrativa, salud ocupacional, capacitación, bienestar social e incentivos. Dicha gestión está orientada a la creación de condiciones que posibiliten el máximo desarrollo del personal, esto implica que se aborde con responsabilidad los procesos de la entidad y se materialicen en buen desempeño de los funcionarios públicos.

Acto seguido, continua la dra. Karla Reyes, coordinadora del SG-SST, con **El Plan anual de Seguridad y Salud en el Trabajo**, quien manifiesta que, es un instrumento de planificación que especifica la información de las actividades a realizar durante la vigencia, define los responsables y periodos de ejecución, su planificación es de carácter dinámico y se constituye en una alternativa práctica. Existe un documento y cronograma que contempla las actividades a desarrollar en cada vigencia.

Así mismo define, **PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES (PGIRASA)**.

El PGIRASA se aplica en todas las áreas de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús donde se generen residuos



no peli-grosos (Biodegradables, reciclables, ordinarios, inertes) y residuos peligrosos como infecciosos o de riesgo biológico y químicos.

Este plan contiene disposiciones y normas que se aplican a todas las personas que participan del ciclo de vida del residuo, donde se generan, desactivan, manipulan, transportan, almacenan y entregan para la disposición final de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, así como al personal encargado de desarrollar las actividades de aseo, limpieza y desinfección.

#### **INDICADORES**

Se calcularán mensualmente los siguientes indicadores:

##### **Indicadores de destinación**

Por medio de estos indicadores se calcula la cantidad de residuos sometidos a diferentes sistemas de tratamiento dividido entre la cantidad total de residuos generados. Los valores obtenidos serán reportados en el formulario RH1.

##### **Indicadores de destinación para reciclaje:**

$$(IDR) IDR = RR / RT * 100$$

##### **Indicadores de destinación para desactivación:**

$$(IDD) IDD = RD / RT * 100$$

Donde:

**IDR:** Indicadores de destinación para reciclaje.

**RR:** Cantidad de residuos reciclados en Kg. / mes.

**IDD:** Indicadores de destinación desactivación Kg/ mes.

**RT:** Cantidad total de Residuos producidos por la IPS en Kg. /mes.

**RD:** Cantidad de residuos sometidos a desactivación en Kg/ mes.

##### **Indicadores de capacitación (IC) IC = (No. de empleados capacitados / No. Total, de empleados) \***

100 indicadores estadísticos de accidentalidad Por medio de estos indicadores se calcula el número de accidentes e incapacidades relacionadas con la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

**Indicador de frecuencia (IF)** Se calcula teniendo en cuenta el número total de accidentes en el mes por cada 100 trabajadores día totales de igual forma los relacionados con la gestión de los residuos.

Para el caso de la E.S.E se realizará teniendo en cuenta la totalidad de los empleados dado el caso que estos superan los 100 trabajadores.

IF = (No. Total, de Accidentes mes por residuos hospitalarios x 2400 / No. total, horas trabajadas mes. Los 2400 que corresponde a 50 semanas por 8 horas por 6 días a la semana. Indicador de gravedad (IG) Se calcula con el número de días de incapacidad mes por cada 10 trabajadores totales. Para el caso de la IPS se realizará teniendo en cuenta la totalidad de los empleados dado el caso que estos no superan los 100 trabajadores. IF = Número total días de incapacidad mes x 2400 / Número total de horas trabajadas mes.

**EL PLAN ESTRATÉGICO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES**, lo expone el Jefe de Sistemas Mauricio Coneo, quien explica que dicho plan Incluye una visión, unos principios, unos indicadores, un mapa de ruta, un plan de comunicación y una descripción de todos los demás aspectos (financieros, operativos, de manejo de riesgos, etc.) necesarios para la puesta en marcha y gestión del plan estratégico. EL PETI hace parte integral de la estrategia de la institución. Cada vez que una entidad hace un ejercicio o proyecto, su resultado debe ser integrado al PETI.



En este orden de ideas, el jefe de almacén, José Mario Nisperuza, describe la importancia del **PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES** y lo define, como una herramienta para facilitar a las entidades estatales identificar, registrar, programar y divulgar sus necesidades de bienes, obras y servicios; y diseñar estrategias de contratación basadas en agregación de la demanda que permitan incrementar la eficiencia del proceso de contratación.

Finaliza el señor REINALDO CORDERO, definiendo los puntos más importante del **PLAN DE GESTION DOCUMENTAL**: donde expone el programa de GESTION DOCUMENTAL, es definido como un instrumento archivístico en el que se Formulan y estructuran de manera sistemática, los procesos archivísticos que se desarrollan a corto, Mediano y largo plazo en una empresa, desde la creación hasta el destino final de la documentación.

Dicho instrumento condensa en sí, todos los **parámetros a seguir en el proceso de gestión documental**, con el fin de facilitar el manejo de la información en pro del avance y la automatización de tareas.

La definición de dichas políticas internas y de las estrategias documentales, no solo amplían los objetivos de la empresa, sino que también permiten la **regulación de la información** y su administración.

Hay que tener en cuenta que para llevar a cabo su creación se debe estar sujeto a las normas vigentes, tales como:

- Ley general de archivos 594 de 2000. Ley general de archivos. Título V: Gestión de documentos. Artículo 21, Programas de gestión documental. Las entidades públicas deberán elaborar programas de gestión de documentos, pudiendo contemplar el uso de nuevas tecnologías y soportes, en cuya aplicación deberán observarse los principios y procesos archivísticos.

N°	Actividad	Responsable	Fecha de Terminación	
			Plan	Real
1	Informar sobre el seguimiento de la implementación del POA, MAPA DE RIESGO, MIPG, PLAN ANTICORRUPCIÓN, PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO, PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PLAN DE GESTION INTEGRAL, PLAN DE GESTION DOCUMENTAL, PLAN DE ADQUISICIONES Y PETI al comité de gestión y desempeño.	Control Interno Calidad	30 junio de 2023	



**REGISTRO DE ASISTENCIA:**

**IDENTIFICACION DE LA REUNION:** Socialización de planes estratégicos institucionales

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Leobilda Durango Garcia	Contadora	
Humberto Coma Romero	Luz. Sistemas	
Maria Ramos Hernandez	Prof Universitaria	
Diego Luis Avila Mendez	Bacteriologo	
Thaneidys Mª Córdoba Gutiérrez	Coordinadora PAI	Thaneidys Córdoba
Alexandra Vega A.	Coordinadora PAI	
Mayra Pacheco Domínguez	Coordinación Médica	
Reinaldo Cordero G	Archivo	
José M. Alispe Ruz	Almacén	
Exelior Gomez Barrota	Aux Area - STAV	
Katia Santos Gomez	Aux Archivo	
TOMAS VALDELMAR	JCO	TOMAS VALDELMAR
Therina Diaz Vidal	Coordinadora Calidad	
Zulm Trujillo Guerra	Control Interno	Zulm Trujillo Guerra
Karla Rojas Lugo	Resp. SST	





### I. IDENTIFICACIÓN

**SOCIALIZACION DE LOS INDICADORES DEL PLAN DE GESTION DE LA VIGENCIA FISCAL 2022, A LOS JEFES DE AREA.**

ACTA N°: 003

FECHA: 15/05/2023

LUGAR: Sala de Juntas

HORA INICIO:

02:00 PM

HORA FINAL:

5:00 P.M.

ACTA N°

### II. ORDEN DEL DIA

1. Verificación de Asistencia
2. Instalación de la reunión.  
Desarrollo de la reunión: Socialización de los **INDICADORES DEL PLAN DE GESTION DE LA VIGENCIA FISCAL 2022, A LOS JEFES DE AREA.**
3. Conclusiones.

### III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

#### 1. ASISTENCIA :

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Vidal Díaz	Gerente
Maria Ramos	Profesional Universitario
Zulim Trujillo Guerra	Jefe de Control Interno
Sandy Soto	Coordinador de Calidad
Katia Santos	Presupuesto
Fabiola Durango	Contadora
Karla Reyes Lugo	Responsable SG-SST
Mauricio Coneo	Coordinador de Sistemas
José Mario Nisperuza	Jefe Almacén
Reinaldo Cordero	Gestión documental
Alexandra Vega	Coordinadora PyM
Maira Pacheco	Coordinadora Medico
Yeison Benitez	Coordinador Facturación.
Tomas Valdelamar	Juridico
Exalia Gomez	Coordinadora SIAU
Dairo Avila	Coordinador Laboratorio Clinico

Verificación de asistencia. Siendo las 2:00 PM del 15 de Mayo de 2023, se constató la asistencia de los funcionarios convocados a la reunión.



**2. Instalación de la reunión:  
Desarrollo:**

Toma la palabra la Dra. Jhanina Díaz, jefe de planeación, donde da la bienvenida a todos los convocados a la reunión y así mismo explica que el objetivo de la reunión, **INDICADORES DEL PLAN DE GESTION DE LA VIGENCIA FISCAL 2022, A LOS JEFES DE AREA**, agregando que : La Sra. María Ramos, quien se desempeñó como secretaria adhoc de la Junta Directiva de la ESE, es quien informará y socializará los indicadores, ya que a través de reunión de JUNTA DIRECTIVA de fecha abril 11 de 2023, se le dio cumplimiento a la evaluación a los planes de gestión aprobados por los miembros de la Junta Directiva, contenido en las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales se desarrolla lo ordenado en los artículos 72 a 74 de la Ley 1438 de 2011. Seguidamente toma la palabra la señora María Ramos, profesional universitaria y secretaria adhoc de la Junta Directiva de la ESE , quien realiza el análisis de cada uno de los indicadores por área de evaluación y proyección de la calificación correspondiente, por lo que se preceptúa a continuación:

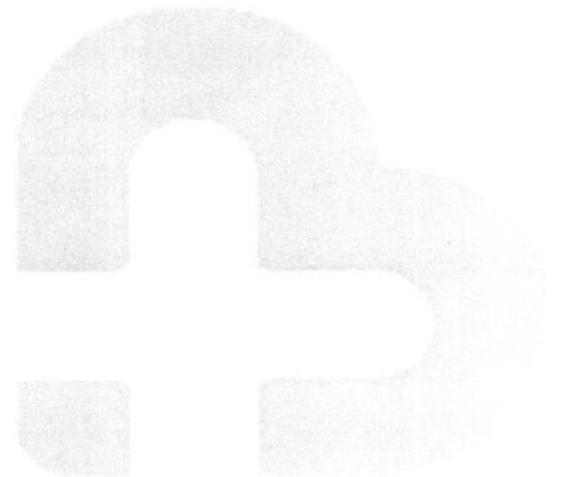
**INDICADORES:**

Indicador	Observaciones
Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Para la vigencia 2022, hubo un incremento significativo en avances de la gestión administrativa, en los estándares de gerencia, talento humano, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad lo cual se debe al permanente monitoreo de las acciones estimadas para la anualidad, en cada una de las dependencias de la ESE y el seguimiento a los planes de mejora los cuales son desarrollados por los coordinadores de área y se verifican a través del programa de auditoria interna. Durante la vigencia 2022 se alcanzó una calificación de 2.4.
Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Durante la vigencia 2022, la ESE continuo con el ciclo de preparación para acreditación en PAMEC, reportando la respectiva información a la Superintendencia de salud en cumplimiento a la resolución 012 de 2016, en la oportunidad indicada. Como se hace constar en el certificado adjunto, obteniendo una calificación de 0.700
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	La ESE durante la vigencia 2022, ha desarrollado la evaluación periódica del plan de desarrollo institucional estableciendo los parámetros de ejecución del POA entre los aspectos planteados en la matriz de medidas con respecto a la actual vigencia, se planearon 154 acciones de las cuales se cumplieron 138 alcanzado un 90% de cumplimiento.
Riesgo fiscal y financiero.	La Junta Directiva de la ESE adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero PSFF según Decreto Nro. 003 de 2018, en cumplimiento al artículo 8 de la ley 1608 de 2013, decreto 1141 de 2013, resolución 2090 de 2014; dada la resolución 2184 de 2016 del Ministerio de Salud Y Protección social en cumplimiento al artículo 80 de la ley 1438 de 2011. Posteriormente se adoptan las modificaciones al PSFF en observancia al concepto técnico de viabilidad con observaciones y recomendaciones emitido por el Ministerio de Hacienda MHCP. Durante la Vigencia 2018 la ESE fue categorizada en Riesgo Alto. Vigencia 2019 Aprobado el programa PSFF.



Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.	Durante la vigencia 2022, la ESE atendió 2.078 usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial y se tomó una muestra representativa de 1.809 usuarios a los cuales se les realizó auditoria de adherencia estricta de la guía en las historias clínicas arrojando como resultado que 1.798 historias clínicas cumplen en forma estricta con la guía de enfermedades de hipertensión, lográndose un cumplimiento del 99%.
Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Durante la vigencia 2022, la ESE atendió 3.298 usuarios en el programa de crecimiento y desarrollo y se tomó una muestra representativa de 1.180 usuarios a los cuales se les realizó auditoria de adherencia estricta de la guía en las historias clínicas arrojando como resultado que 1.111 historias clínicas cumplen en forma estricta con la guía, lográndose un cumplimiento del 94%.
Reingresos por el servicio de urgencias.	Durante la vigencia 2022, la proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas de acuerdo a la resolución 256 de 2016 de la súper salud, fue de 0.009, de acuerdo al reporte de la ficha técnica de la plataforma SIHO, resultado satisfactoria que alcanza la meta propuesta.
Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	Durante la vigencia 2022, el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general fue de 1.248 días. Este indicador presento variación positiva con relación a la vigencia anterior.

Acto Seguido, expone la jefe de planeación, que de acuerdo a lo anterior y verificados los soportes del presente informe, se considera definitiva la aprobación satisfactoria de la gestión del Gerente Alberto Vidal Diaz, con base en la ejecución de su Plan Gerencial que le fue aprobado según Acuerdo de Junta Directiva No. 002 de mayo 15 de 2020, cuyo resultado es de 3.75%, dándole cumplimiento así al plan de gestión en un **CRITERIO SATISFACTORIO.**





Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	Durante la vigencia 2022, la ESE obtuvo una UVR 22.738,14 que corresponde al 0.85% presentando una leve disminución con relación a la vigencia anterior que fue del 0.88%; con el ánimo de mantener una sostenibilidad económica y presupuestal para la ESE se han realizado esfuerzos por mejorar su eficiencia hospitalaria, optimizando el reporte y consolidación de la producción y optimizando los compromisos de tal manera que la recuperación de la misma le permita a la entidad ser sostenible.
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Durante la vigencia 2022, La ESE continúa siendo socio de la Cooperativa de Hospitales de Córdoba COODESCOR y a través de ella se adquieren los medicamentos y material médico quirúrgico requerido para la prestación del servicio. Durante la vigencia 2022, se realizaron compras de medicamentos y material médico quirúrgico por valor de \$1.856.918.985 de los cuales el 89% se le compraron a Coodescor compras que ascienden a la suma de \$1.659.873.485.
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Durante la vigencia 2022, la ESE realizó grandes esfuerzos financieros con el fin de disminuir la deuda laboral con el personal de planta, lo cual lo consiguió puesto que al finalizar la vigencia no se adeudaba por este concepto; con relación al personal externo se logró una variación positiva puesto que se disminuyó la deuda por concepto de contratación de servicios con relación a la vigencia anteriores
Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.	Durante la vigencia 2022, se realizaron cuatro reuniones con los Miembros de la junta directiva de la ESE, donde se presentó informes del registro individual de prestación de servicios (RIPS) de los diferentes períodos trimestrales.
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Durante la vigencia 2022, la ESE logró un equilibrio presupuestal con recaudo de 0.94 alcanzado el estándar propuesto, gracias a las estrategias de recaudo por venta de servicios de salud, e ingresos en general que se han implementado al interior de la ESE.
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	La Empresa no realizó la presentación de informes a la Súper Intendencia de Salud en los términos establecidos en la normatividad vigente, Según certificación de cumplimiento de la Súper Intendencia de Salud no cumple. La ESE se compromete a cabal cumplimiento del indicador.
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	La Empresa realizó la presentación de informes exigidos en el decreto 2193 de 2004, al sistema de Gestión Hospitales Públicos SIHO se verificó en la plataforma SIHO
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Durante la vigencia 2022, el número de gestantes valoradas por la ESE fue de 1.004 usuarias, de las cuales se tomó una muestra representativa del número de usuarias gestantes captadas antes de la semana 10 la cual corresponde a 482 usuarias y se realizó auditoría de adherencia de la guía en las historias clínicas arrojando que 456 historias cumplen con el indicador, alcanzando un 94% de cumplimiento; es de anotar que de acuerdo a la Resolución N.3280 de 2018 disminuyó la semana de captación de las gestantes de la semana 12 a la semana 10. Lo anterior lo certifica el comité de Historias Clínicas
Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.	durante la vigencia 2022, se presentaron tres casos de sífilis congénita



**REGISTRO DE ASISTENCIA:**

**IDENTIFICACION DE LA REUNION:** \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Juanin Díaz Vidal	Planeación	<i>[Firma]</i>
Guim Puyillo Quena	Control Interno	<i>[Firma]</i>
Rebela Durango Garcia	Contadora	<i>[Firma]</i>
Katia Santos Gomez	Aux. Activa	<i>[Firma]</i>
TOMAS VALDELMAR	Juridico	TOMAS VALDELMAR.
Jose M. Nispero Puzo.	Almacén.	Jose Nispero Puzo.
Maria Ramos Hernandez	Prof. Universitario	Maria Ramos de
SANDY SOTO PEREZ	COOR. CAJAS	<i>[Firma]</i>
Exelene Gomez.	COOR. SIOTU	Exelene Gomez.
Dairo Avila	COOR Laboratorio	Dairo AVILA.
Maira Pacheco	COORD. Médico	Maira Pacheco.
Alberto Vidal Diaz	Gerente ESE.	Am.



### I. IDENTIFICACIÓN

#### SOCIALIZACION DEL REPORTE FURAG DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS A LOS JEFES DE AREAS.

ACTA N°: 004

FECHA: 07/11/2023

LUGAR: Sala de Juntas

HORA INICIO: 03:00 PM

HORA FINAL: 5:00 P.M.

ACTA N°

### II. ORDEN DEL DIA

1. Verificación de Asistencia
2. Instalación de la reunión.  
Desarrollo de la reunión: Socialización del **REPORTE FURAG de la vigencia 2023.**
3. Conclusiones.

### III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

#### 1. ASISTENCIA :

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Vidal Díaz	Gerente
María Ramos	Profesional Universitario
Zulim Trujillo Guerra	Jefe de Control Interno
Jhanina Díaz Vidal	Planeación institucional
Katia Santos	Presupuesto
Mauricio Coneo	Coordinador de Sistemas
José Mario Nisperuza	Jefe Almacén
Reinaldo Cordero	Gestión documental
Exalia Gomez	Coordinadora SIAU

Verificación de asistencia. Siendo las 3:00 PM del 07 de Noviembre de 2023, se constató la asistencia de los funcionarios convocados a la reunión.

#### 2. Instalación de la reunión:

Toma la palabra la Dra. Jhanina Díaz, como líder de planeación institucional; da la bienvenida a todos los convocados a la reunión y así mismo explica que el objetivo de la reunión, que es la **SOCIALIZACIÓN Y OPORTUNIDADES DE MEJORAS DADAS REPORTE FURAG DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS A LOS JEFES DE AREAS**, en el marco de la implementación del MIPG en la ESE HSCJ.



### 3. DESARROLLO DE LA REUNION:

Toma la palabra el **JEFE DE CONTROL INTERNO**, quien explica Que, las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado; y que la administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley, por ello el **MODELO INTEGRAL DE PLANEACION Y GESTION MIPG** institucional, tiene un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de las entidades y organismos públicos, el cual se adoptó en la ESE, a través de resolución **#0009 del 25 de enero de 2023**, todo lo conceptuado orientado y asesorado por la función pública. Acto seguido, la Dra Jhanina Díaz asesora de planeación, expone el **REPORTE DEL FURAG**, para identificar las actividades y/o acciones que representan oportunidades de mejora, donde el porcentaje de cumplimiento y las recomendaciones, son las siguientes:

**GESTIÓN DOCUMENTAL: 28,2%**

**GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: 29,7%**

**INTEGRIDAD: 33,6%**

**GOBIERNO DIGITAL: 31,3%**

**SEGURIDAD DIGITAL: 36,2**

**RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES: 40,4%**

**TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN: 47,5%**

Las observaciones que se realizan son las siguientes:

- Impulsar la continuidad del proceso de gestión documental, ya que es transversal a toda la gestión administrativa
- Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento
- Generación de una cultura propicia para la gestión del conocimiento y la innovación
- Actualizar el código de integridad y buen gobierno, bajo los parámetros de función pública, en aras de fomentar la cultura institucional de la integridad en los funcionarios.
- Fomentar la seguridad y privacidad de la información
- Garantizar el acceso a la información, a través de la página web actualizada y estructurada
- Actualizar la identificación de los equipos y los inventarios
- Gestionar la adquisición de UPS regulada
- Garantizar la gestión de recursos para racionalizar al menos dos trámites por vigencia



Nº	Actividad	Responsable	Fecha de Terminación	
			Plan	Real
1	Solicitar a la gestión administrativa y gestión financiera, disponibilidad para el logro de los objetivos que conlleven a solucionar las falencias identificadas en el reporte del Furag.	Control Interno planeación	30 Enero de 2024	

**REGISTRO DE ASISTENCIA:**

**IDENTIFICACION DE LA REUNION:**

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Gulim Ampilio Quere.	Control Interno	Gulim Ampilio Quere
Rebeca Durango Garcia	Contadora	[Firma]
Karla Santos Gómez	Aux. Administrativo	[Firma]
Jhonny Diaz Vidal	Planeación	[Firma]
TOMAS VALDOLAMAR	JURADO	TOMAS VALDOLAMAR.
Jose M. Nisperoza	Almacén.	Jose Nisperoza.
Maria Ramos Hernandez	Prop. Universitario	Maria Ramos
SANDY SOTO PEREZ	COOR. CAJAS	[Firma]
Cepalve Gomez.	COOR. SIAU.	Cepalve Gomez.



Lista de entidades que no diligenciaron

Índice de Desempeño Institucional Entidades Territoriales

Universo Aplicación MIPG Entidades Territoriales

Número de entidades según filtro

1 de 1

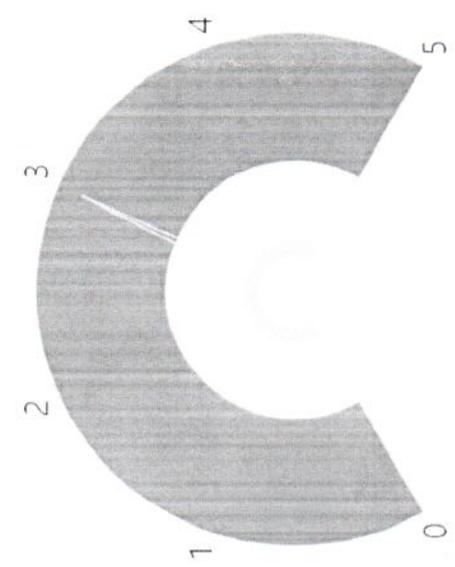
# I. Resultados Generales

## Índice de Desempeño Institucional



**Nota 1:** El promedio del grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo. Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

## Ranking (quintil)

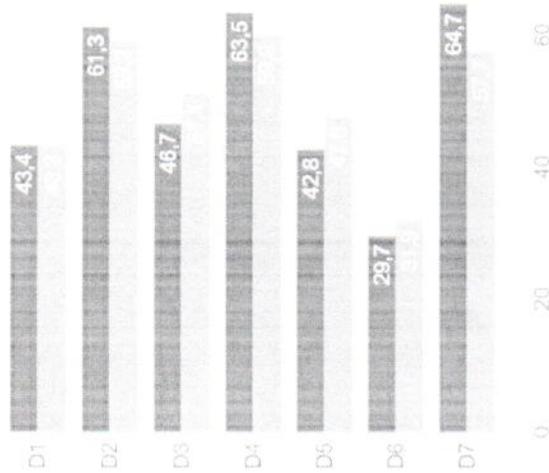


**Nota 1:** La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.

**Nota 2:** Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en el quintil 5; las entidades con menores puntajes están ubicadas en el quintil 1.

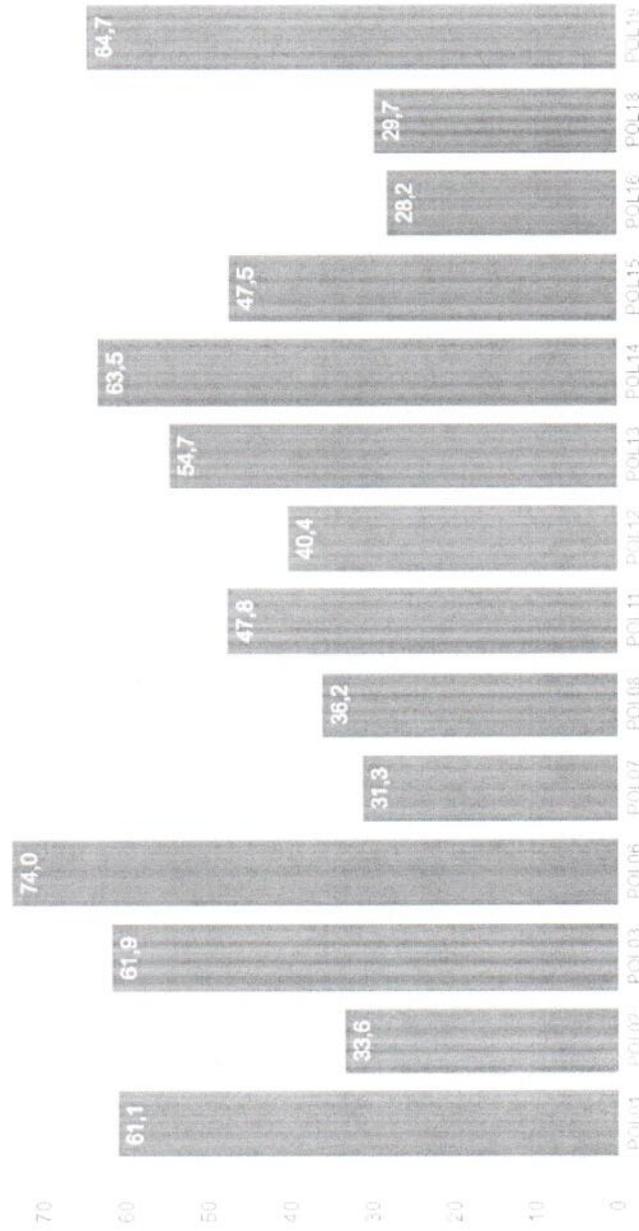
## II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño

● Puntaje consultado Promedio de referencia



**Nota 2:** Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en el quintil 5; las entidades con menores puntajes están ubicadas en el quintil 1.

### III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



**Nota 1:** La política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto público para las entidades territoriales no fue calculada para la presente vigencia, dado el proceso de revisión y validación que está adelantando el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

**Nota 2:** Con el fin de garantizar la calidad de los datos reportados, los líderes de política validaron la información reportada para una muestra de entidades, como resultado se identificaron algunas sobre las cuales se hace necesario adelantar una revisión más detallada a fin de confirmar los puntajes finales obtenidos.

### POLITICAS

- POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano
- POL02: Integridad
- POL03: Planeación Institucional
- POL06: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
- POL07: Gobierno Digital
- POL08: Seguridad Digital
- POL11: Servicio al ciudadano
- POL12: Racionalización de Trámites
- POL13: Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- POL14: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- POL15: Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción
- POL16: Gestión Documental
- POL18: Gestión del Conocimiento
- POL19: Control Interno

