

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO		
	ACTA DE COMITE		
VIGENCIA: 15-8-2020	CODIGO: GCA-FO-01	VERSION: 2	Página 1 de 39

DATOS GENERALES

COMITÉ	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	Fecha: 18 mayo – 2023
Nº COMITÉ	03	HORA INICIO 2:30 P.M.
RESPONSABLE	GERENTE DR. NELSON LEONARDO FIERRO GONZALEZ	HORA FINAL 5:40 PM
OBJETIVOS: Socialización de seguimiento Planes del Decreto 612 de 2018 y y seguimiento actividades al Plan de acción – Pamec vigencia 2023.		Se cumplió SI_X_NO

TEMAS

1. Verificación del Quorum. 2. Aprobación del Acta anterior. 3. Seguimiento a los compromisos del Acta anterior para su socialización y aprobación 4. Socialización de seguimiento de las actividades programadas vigencia 2023 de los Planes del Decreto 612 de 2018 y Seguimiento actividades al Plan de Acción vigencia 2023. 5. Socialización de la política Institucional de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario 6. Propositiones y Varios	Se cumplió SI <u>x</u> NO
---	---------------------------

COMPROMISOS COMITES ANTERIORES

DETALLE	RESPONSABLE	FECHA VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
Socialización de los Planes Decreto 612 de 2018 vigencia 2023	Profesional Administrativa y financiera	Julio -2023	Se realiza socialización de los planes del Decreto 612 de 2018 vigencia 2023

“RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD”

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO		
	ACTA DE COMITE		
VIGENCIA: 15-08-2016	CODIGO: GCA-FO-01	VERSION: 2	Página 2 de 39

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM:

En el Municipio de Campoalegre, Departamento del Huila, a los 18 días del mes de mayo de 2023, siendo las 2:30 pm, se reunieron en la sala de Junta de la ESE Hospital del Rosario; los miembros del Comité Institucional De Gestión y Desempeño de la ESE Hospital Del Rosario del Municipio con la asistencia de los siguientes integrantes:

NOMBRES	CARGO
NELSON LEONARDO FIERRO GONZALEZ	GERENTE
ESPERANZA GALINDO YUSTRES	PROFESIONAL UNIVERSITARIA TECNICO CIENTIFICA
MARTHA CECILIA PUENTES ARIAS	PROFESIONAL UNIVERSITARIA ADMINISTRATIVA

La secretaria técnica del Comité Martha Cecilia Puentes realiza la verificación de la participación de los integrantes del Comité e informa que hay quorum, así mismo les agradece la asistencia a los invitados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño con voz, pero sin voto como se relaciona a continuación y se da inicio a la reunión.

NOMBRES	CARGO
LEIDY JOHANNA MORALES	COORDINADORA DE CALIDAD
HERMINDA KATERINE PUENTES GUZMAN	APOYO AL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL
JENNIFER CALDERON VARGAS	ASESORA A MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
MARÍA JOSE CUELLAR CUBILLOS	APOYO A TALENTO HUMANO
DIANA BEDOYA BARCO	ASESORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL
VICTOR ALFONSO RIVERA PARRA	APOYO AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SAUL ANDRES MURCIA	APOYO PROFESIONAL AREA DE SISTEMA
JUAN CARLOS GUTIERREZ	ASESOR DE CONTROL INTERNO

**ACTA DE COMITE**

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 3 de 39

2. APROBACIÓN DEL ACTA ANTERIOR:

Los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizan la verificación del acta anterior afirmando que se encuentra de acuerdo y aprueban el acta y la inician a firman

3. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR: Se realizó seguimiento a los compromisos.

3.1. Se verifica que en el acta No.02 de febrero de 2023, se socializa el Plan de Acción y seguimiento a los planes del Decreto 612 de 2018 del presente año evidenciando el cumplimiento 15% y se dejó allí constancia que las actividades pendientes en la vigencia 2023 deben darse cumplimiento antes del 10 de diciembre de vigencia en curso.

4. SOCIALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMAS PARA LA VIGENCIA 2023 DE LOS PLANES DEL DECRETO 612 DE 2018 CON FECHA DE CORTE ABRIL 30 DE 2023.

- 4.1. PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SGSS T
- 4.2. PLAN DE GESTION INTEGRAL DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCION EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES - PGIRASA
- 4.3. PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN – PETIC
- 4.4. PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION - PSPI
- 4.5. PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION – PTRSI
- 4.6. PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DE LA ENTIDAD PINAR
- 4.7. PLAN ESTRATÉGICO DETALENTO HUMANO
- 4.8. PLAN DE PREVISIÓN DE TALENTO HUMANO Y DE VACANTES
- 4.9. PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
- 4.10 PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONAL, BIENESTAR SOCIAL Y ESTIMULOS
- 4.11 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO “PAAC”
- 4.12. PLAN ANUAL DE ADQUISICION 2023
- 4.13. PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 4 de 39

4.1. PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SGSS T

El asesor del área de Seguridad y Salud en el Trabajo realiza la presentación del GSST-FO-22 Formato plan de trabajo anual en SG-SST para la vigencia 2023 de la ESE Hospital del Rosario, el cual cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 100% de las actividades desarrolladas en contexto de este Plan, según lo expuesto en el presente comité a continuación:

CONCEPTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS ENERO A ABRIL	22	16	16	23
TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS DE ENERO A ABRIL	22	16	16	23
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ENERO A ABRIL	100%	100%	100%	100%

A continuación, se adjunta la evidencia de la ficha FIEL del área de talento humano:



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 5 de 39



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL ROSARIO DE CAMPOALEGRE HUILA

FICHA INDIVIDUAL DE EJECUCION DE LABORALES - FIEL A DILIGENCIAR POR LOS RESPONSABLES

ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION PROGRAMADAS DE LA VIGENCIA 2023

NOMBRE DE LOS FUNCIONARIOS
RESPONSABLES

VICTOR ALFONSO RIVERA PARRA

AREA O UNIDAD A LA QUE PERTENECE

ASESOR DEL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PROGRAMA/PROYECTO

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la E.S.E. Hospital
del Rosario del Municipio de Campoalegre - HuilaEJECUCION DE LABORES
ENERO 2023

PROCESO NECESARIO

DESCRIPCION DE LA LABOR

QUE SOLUCIONA LA LABOR AL
CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA
RESPONSABLENUMERO
ACTIVIDADES
PROGRAMADAS

Autoevaluación del SG-SST

Reporte de los Resultados del
SG-SST vigencia 2022 al
Ministerio de Trabajo y a la
ARLMediante la Circular 0082 de 2022, el
Mintrabajo dio una serie de
instrucciones a los empleadores del
sector público y privado para el
reporte de la autoevaluación y plan de
mejoramiento del SG-SST y, a su vez,
indico que la fecha limite para este
reporte hasta el 28 de Febrero de 2023.Se da cumplimiento a las instrucciones
requeridas del Ministerio del Trabajo para el
reporte de la autoevaluación de los
estándares mínimos (93% sobre 100%
ACEPTABLE) y plan de mejoramiento del
SG-SST en la plataforma ALISSTA de
Positiva ARL y la plataforma del Sistema
General de Riesgos Laborales.

2

Documentación del SG-SST

Plan de trabajo anual del SG-
SST vigencia 2023Planificación que especifica la
información de las actividades a
realizar durante la vigencia, define los
responsables, recursos y periodos de
ejecución, su planificación es de
carácter dinámico y se constituye en
una alternativa práctica para
desarrollar los planes, programas y
actividades.Se elabora el Plan de trabajo anual del
Sistema de Gestión de la Seguridad y salud
en el Trabajo para la vigencia 2023 para
llevar a cabo lo contemplado en la
Resolución 0312 de 2019.

1

Rendición sobre el
desempeñoInforme de Rendición de
cuentas del SG-SST.
Cumplimiento del Plan Anual
de Trabajo del SG-SST y del
Plan de Mejoramiento de
acuerdo con los hallazgos
encontrados en el Auditoria
del SG-SSTSe realiza informe de rendición de
cuentas del SG-SST a la Alta Dirección,
COPASST, CONVILAB y partes
interesadas.Se realizan actas de reunión y se soportan
los respectivos informes de rendición de
cuentas. Cumplimiento del ítem 2.6.1 de los
estándares mínimos del SG-SST Resolución
0312 de 2019.

1

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 6 de 39

EJECUCION DE LABORES FEBRERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS
Informe Contraloría Departamental del Huila	Diligenciamiento de formatos de la Contraloría Departamental del Huila	Diligenciamiento de los Formatos ESES VERIFICACIÓN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Entrega y formalización de los respectivos formatos para cumplimiento de la normatividad relacionada con la competencia de la Contraloría Departamental del Huila	5
EJECUCION DE LABORES MARZO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS
Desarrollo de las etapas del SG-SST	Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo Cumplimiento del Ciclo PHVA: Planear, hacer, ejecutar y actuar.	El SG-SST, se caracteriza por su adaptabilidad al tamaño y características de la empresa, para centrarse en la identificación y control de los peligros y riesgos asociados con su actividad. El esquema del sistema de gestión se describe en las siguientes etapas: Política, Organización, Planificación, Aplicación, Evaluación, Auditoría, Mejoramiento.	Se define en la organización E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO un SG-SST que garantice el mejoramiento continuo de las condiciones de salud, trabajo y el bienestar de los trabajadores, para que se desempeñen de una manera adecuada y eficiente permitiendo su crecimiento personal y familiar y a la vez el mejoramiento de la productividad de la organización.	1
Objetivos definidos, claros, medibles, cuantificables, con metas, documentados, revisados del SG-SST	Definición de los Objetivos del SG-SST - Cumplimiento del Plan Anual de Trabajo del SG- SST y del Plan de Mejoramiento de acuerdo con los hallazgos encontrados en la Auditoría del SG-SST	Se define a través de la Matriz de Indicadores del SG-SST los objetivos de acuerdo a la necesidad que tiene el SG-SST	Se realizan fichas de indicadores del SG- SST en cuanto a la necesidad requerida respecto a accidentes de trabajo por caída a mismo nivel, enfermedad laboral por covid- 19, exposición a lesiones por elementos cortopunzantes y riesgo público por trabajo de campo. - Cumplimiento del ítem 2.2.1 de los estándares mínimos del SG-SST Resolución 0312 de 2019.	1



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 7 de 39

EJECUCION DE LABORES ABRIL 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS
Programa de Capacitación Anual del SG-SST	Capacitación al personal sobre temas fundamentales y acordes al desarrollo del SG- SST	La E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO cuenta con un Programa de Capacitación y Entrenamiento con el propósito de brindar conocimiento en seguridad y Salud en el trabajo necesarios para desempeñar sus actividades en forma eficiente y segura, cumpliendo con estándares de seguridad Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.6.11. Este programa incluye una identificación de las necesidades de entrenamiento en SST de acuerdo con las competencias requeridas por cargo y su actualización de acuerdo con las necesidades de la empresa.	Se define el programa de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo para la E.S.E. Hospital del Rosario, el cual, se debe evaluar mediante la aplicación de indicadores de gestión (cobertura y conocimiento adquirido por el personal), resultado de los mismos, análisis de tendencias y el respectivo plan de acción o toma de decisiones y seguimiento de acuerdo con los resultados de la evaluación.	1
Restricciones y recomendaciones médico laborales	Elaboración del Procedimiento de reintegro o reubicación laboral por accidente de trabajo o enfermedad laboral. Cumplimiento del Plan Anual de Trabajo del SG-SST y del Plan de Mejoramiento de acuerdo con los hallazgos encontrados en el Auditoria del SG-SST	Para el SG-SST se adiciona como parte de la mejora continua la elaboración del Procedimiento de reintegro o reubicación laboral causado por un accidente de trabajo o exposición a enfermedad laboral. En el procedimiento se especifican los pasos para desarrollar una vez el funcionario y/o contratista se reintegre o se reubique para la continuación de sus actividades garantizando su salud y seguridad en el trabajo.	Se socializa y se aprueba el procedimiento de reintegro o reubicación laboral en el comité institucional de gestión y desempeño para su respectiva ejecución cuando aplique. Cumplimiento del ítem 3.1.6 de los estándares mínimos del SG-SST Resolución 0312 de 2019.	1
Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención PyP	Fortalecimiento en conocimientos y principios del SG-SST al personal de la E.S.E. Cumplimiento del Plan Anual de Trabajo del SG-SST y del Plan de Mejoramiento de acuerdo con los hallazgos encontrados en el Auditoria del SG-SST	El área de Seguridad y Salud en el Trabajo con el apoyo del área de Talento Humano se realizará la actividad de Inducción y Reinducción del SG-SST incluido en el Plan Institucional de Capacitaciones y el Cronograma de Entrenamiento y Capacitación de la E.S.E. para el personal nuevo y antiguo.	Se desarrolla, se registra y se evalúa la Inducción y reinducción del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para cumplimiento de los estándares mínimos de LA Resolución 0312 de 2019. Cumplimiento del ítem 1.2.2 de los estándares mínimos del SG-SST Resolución 0312 de 2019.	1



Página 8 de 39

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL ROSARIO DE CAMPOALEGRE HUILA
FICHA INDIVIDUAL DE EJECUCION DE LABORALES - FIEL A DILIGENCIAR POR LOS RESPONSABLES

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 9 de 39

EJECUCION DE LABORES FEBRERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	LINK DE EVIDENCIA
Actividades del Sistema de Gestión Ambiental	Ejecución y seguimiento del cronograma de actividades de gestión ambiental para el cumplimiento de las actividades principales acordadas a la Resolución 1164 de 2002, Ejecución del plan de Gestión Integral de Residuos Hospitales, Reunión Administrativa de gestión ambiental y Sanitarias GAGAS correspondientes al mes de Febrero.	Diligenciamiento de los Formatos GAM- FO: 22, Version 02 Control de tratamiento de aguas negras, GAM-FO: 24, Version 03 Seguimiento Mensual del aseo y desinfección del ACOPIO de Residuos Hospitales, GAM-FO: 25, Version 03 Seguimiento Mensual del aseo y desinfección del ACOPIO de Residuos NO Hospitales, GAM-FO: 07, Version 05 Registro Diario de Residuos Hospitalarios RH1, GAM-FO: 09, Version 03 Seguimiento Mensual del lavado y desinfección de alberca de lavandería, y tanques de agua. Evaluar, organizar y replantear lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios.	La Gestión ambiental busca prevenir los impactos ambientales que generan las actividades, servicios o productos de la E.S.E. Hospital del Rosario. Para Lograr el cumplimiento normativo en relación con los componentes ambientales relevantes en el sector salud mediante generación, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno, almacenamiento, limpieza y desinfección y entrega de los residuos al prestador del servicio especial de aseo para su disposición final de los mismos. Evaluar, organizar y replantear lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios. Se expone los compromisos con el cuidado y la preservación del medio ambiente, por lo tanto identifica, maneja, reduce y controla los riesgos que puedan producirse por los Residuos Hospitalarios.	6	Formatos GAM-FO: 22, 24, 25, 07, 09, 05, 03, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
Informe Contraloría Departamental del Huila	Diligenciamiento de formatos de la Contraloría Departamental del Huila	Diligenciamiento de los Formatos ESES CONTROL DE LA CONTAMINACION DEL AIRE, ESE7 MANEJO Y CONTROL DEL RECURSO HIDRICO, ESE8 MANEJO Y CONTROL DEL COMPONENTE ENERGETICO, ESES EVALUACION DE LA EFICIENCIA ENERGETICA, ESE10 EVALUACION A LA GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS, ESE11 RESIDUOS PELIGROSOS Y RESIDUOS NO PELIGROSOS, ESE12 EVALUACION DE LA CONTAMINACION VISUAL, PAISAJISTICA, ESE13 EVALUACION DE RIESGOS e INVERSIONES AMBIENTALES.	Entrega y formalización de los respectivos formatos para cumplimiento de la normatividad relacionada con la competencia de la Contraloría Departamental del Huila	5	Formatos ESES: ESE1, ESE2, ESE3, ESE4, ESE5, ESE6, ESE7, ESE8, ESE9, ESE10, ESE11, ESE12, ESE13, ESE14, ESE15, ESE16, ESE17, ESE18, ESE19, ESE20, ESE21, ESE22, ESE23, ESE24, ESE25, ESE26, ESE27, ESE28, ESE29, ESE30, ESE31, ESE32, ESE33, ESE34, ESE35, ESE36, ESE37, ESE38, ESE39, ESE40, ESE41, ESE42, ESE43, ESE44, ESE45, ESE46, ESE47, ESE48, ESE49, ESE50, ESE51, ESE52, ESE53, ESE54, ESE55, ESE56, ESE57, ESE58, ESE59, ESE60, ESE61, ESE62, ESE63, ESE64, ESE65, ESE66, ESE67, ESE68, ESE69, ESE70, ESE71, ESE72, ESE73, ESE74, ESE75, ESE76, ESE77, ESE78, ESE79, ESE80, ESE81, ESE82, ESE83, ESE84, ESE85, ESE86, ESE87, ESE88, ESE89, ESE90, ESE91, ESE92, ESE93, ESE94, ESE95, ESE96, ESE97, ESE98, ESE99, ESE100
Control de Plagas	Ejecución de la actividad de sanidad para la E.S.E Hospital del Rosario (Erradicación de vectores y Roedores)	Se realiza fumigación contra insectos rastreros, voladores, artrópodos y roedores con productos de registro sanitario para uso en salud pública, de acuerdo con los requisitos sanitarios establecidos por la ley 9 de 1979 y el decreto 1843 de 1991.	Desarrollo de la fumigación a través del procedimiento de: Aspersión, Nebulización, Gel cucarachida, Hormiguicida, Cebos y Fumigación en seco	1	Formatos: FUM-01, FUM-02, FUM-03, FUM-04, FUM-05, FUM-06, FUM-07, FUM-08, FUM-09, FUM-10, FUM-11, FUM-12, FUM-13, FUM-14, FUM-15, FUM-16, FUM-17, FUM-18, FUM-19, FUM-20, FUM-21, FUM-22, FUM-23, FUM-24, FUM-25, FUM-26, FUM-27, FUM-28, FUM-29, FUM-30, FUM-31, FUM-32, FUM-33, FUM-34, FUM-35, FUM-36, FUM-37, FUM-38, FUM-39, FUM-40, FUM-41, FUM-42, FUM-43, FUM-44, FUM-45, FUM-46, FUM-47, FUM-48, FUM-49, FUM-50, FUM-51, FUM-52, FUM-53, FUM-54, FUM-55, FUM-56, FUM-57, FUM-58, FUM-59, FUM-60, FUM-61, FUM-62, FUM-63, FUM-64, FUM-65, FUM-66, FUM-67, FUM-68, FUM-69, FUM-70, FUM-71, FUM-72, FUM-73, FUM-74, FUM-75, FUM-76, FUM-77, FUM-78, FUM-79, FUM-80, FUM-81, FUM-82, FUM-83, FUM-84, FUM-85, FUM-86, FUM-87, FUM-88, FUM-89, FUM-90, FUM-91, FUM-92, FUM-93, FUM-94, FUM-95, FUM-96, FUM-97, FUM-98, FUM-99, FUM-100
Auditoria Externa entidades gubernamentales que regulan las actividades del manejo de residuos en el medio ambiente.	Auditoría Externa de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena	Se realiza el proceso de evaluación sistemática, documentada, periódica y objetiva de las actividades realizadas por la E.S.E. Hospital del Rosario para detectar su situación en relación con los requerimientos aceptados de calidad ambiental en el campo de atención en salud, realizando el reporte RESPEL a la CAM.	Desarrollo y entrega de una Acta por parte del funcionario de la Corporación Autónoma del Alto Magdalena CAM en donde certifica la calificación de la auditoría de acuerdo a los requisitos exigidos por la actividad de la empresa en manejo de residuos peligrosos	1	Formatos: RESPEL-01, RESPEL-02, RESPEL-03, RESPEL-04, RESPEL-05, RESPEL-06, RESPEL-07, RESPEL-08, RESPEL-09, RESPEL-10, RESPEL-11, RESPEL-12, RESPEL-13, RESPEL-14, RESPEL-15, RESPEL-16, RESPEL-17, RESPEL-18, RESPEL-19, RESPEL-20, RESPEL-21, RESPEL-22, RESPEL-23, RESPEL-24, RESPEL-25, RESPEL-26, RESPEL-27, RESPEL-28, RESPEL-29, RESPEL-30, RESPEL-31, RESPEL-32, RESPEL-33, RESPEL-34, RESPEL-35, RESPEL-36, RESPEL-37, RESPEL-38, RESPEL-39, RESPEL-40, RESPEL-41, RESPEL-42, RESPEL-43, RESPEL-44, RESPEL-45, RESPEL-46, RESPEL-47, RESPEL-48, RESPEL-49, RESPEL-50, RESPEL-51, RESPEL-52, RESPEL-53, RESPEL-54, RESPEL-55, RESPEL-56, RESPEL-57, RESPEL-58, RESPEL-59, RESPEL-60, RESPEL-61, RESPEL-62, RESPEL-63, RESPEL-64, RESPEL-65, RESPEL-66, RESPEL-67, RESPEL-68, RESPEL-69, RESPEL-70, RESPEL-71, RESPEL-72, RESPEL-73, RESPEL-74, RESPEL-75, RESPEL-76, RESPEL-77, RESPEL-78, RESPEL-79, RESPEL-80, RESPEL-81, RESPEL-82, RESPEL-83, RESPEL-84, RESPEL-85, RESPEL-86, RESPEL-87, RESPEL-88, RESPEL-89, RESPEL-90, RESPEL-91, RESPEL-92, RESPEL-93, RESPEL-94, RESPEL-95, RESPEL-96, RESPEL-97, RESPEL-98, RESPEL-99, RESPEL-100
Cronograma de Capacitación del Sistema de Gestión Ambiental	Ejecución del cronograma de capacitación del Sistema de Gestión ambiental para el mes de Mayo	Fortalecimiento y retroalimentación de los conocimientos en en materia de gestión ambiental al personal de la E.S.E Hospital del Rosario, para generar cultura ambiental y facilitar el manejo de los residuos, en la medida en que se minimizan los impactos negativos en el medio ambiente y la salud.	Se dictan los temas programados de acuerdo con el cronograma de capacitación de Gestión Ambiental para el mes de Mayo	1	Formatos: CAP-01, CAP-02, CAP-03, CAP-04, CAP-05, CAP-06, CAP-07, CAP-08, CAP-09, CAP-10, CAP-11, CAP-12, CAP-13, CAP-14, CAP-15, CAP-16, CAP-17, CAP-18, CAP-19, CAP-20, CAP-21, CAP-22, CAP-23, CAP-24, CAP-25, CAP-26, CAP-27, CAP-28, CAP-29, CAP-30, CAP-31, CAP-32, CAP-33, CAP-34, CAP-35, CAP-36, CAP-37, CAP-38, CAP-39, CAP-40, CAP-41, CAP-42, CAP-43, CAP-44, CAP-45, CAP-46, CAP-47, CAP-48, CAP-49, CAP-50, CAP-51, CAP-52, CAP-53, CAP-54, CAP-55, CAP-56, CAP-57, CAP-58, CAP-59, CAP-60, CAP-61, CAP-62, CAP-63, CAP-64, CAP-65, CAP-66, CAP-67, CAP-68, CAP-69, CAP-70, CAP-71, CAP-72, CAP-73, CAP-74, CAP-75, CAP-76, CAP-77, CAP-78, CAP-79, CAP-80, CAP-81, CAP-82, CAP-83, CAP-84, CAP-85, CAP-86, CAP-87, CAP-88, CAP-89, CAP-90, CAP-91, CAP-92, CAP-93, CAP-94, CAP-95, CAP-96, CAP-97, CAP-98, CAP-99, CAP-100



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO

ACTA DE COMITE



VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 10 de 39

EJECUCION DE LABORES MARZO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	LINK DE EVIDENCIA
Actividades del Sistema de Gestión Ambiental	Ejecución y seguimiento del cronograma de actividades de gestión ambiental para el cumplimiento de las actividades principales acordes a la Resolución 1164 de 2002. Ejecución del plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. Reunión Administrativa de gestión ambiental y Sanitarias GAGAS correspondientes al mes de Marzo.	Diagnciamiento de los Formatos GAM- FO-22, Version 02 Control de tratamiento de aguas negras, GAM-FO-24, Version 03 Seguimiento Mensual del aseo y desinfección del ACOPIO de Residuos Hospitalarios, GAM-FO-25, Version 03 Seguimiento Mensual del aseo y desinfección del ACOPIO de Residuos NO Hospitalarios, GAM-FO-07, Version 05 Registro Diario de Residuos Hospitalarios RH1, GAM-FO-09, Version 03 Seguimiento Mensual del lavado y desinfección de alberca de lavandería, y tanques de agua. Evaluar, organizar y replantar lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios.	La Gestión ambiental busca prevenir los impactos ambientales que generan las actividades, servicios o productos de la E.S.E. Hospital del Rosario. Para Lograr el cumplimiento normativo en relación con los componentes ambientales relevantes en el sector salud mediante generación, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno, almacenamiento, limpieza y desinfección y entrega de los residuos al prestador del servicio especial de aseo para su disposición final de los mismos. Evaluar, organizar y replantear lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios. Se expone los compromisos con el cuidado y la preservación del medio ambiente, por lo tanto identifica, maneja, reduce y controla los riesgos que puedan producirse por los Residuos Hospitalarios.	6	Resolución 1164 de 2002, GAM-FO-22, GAM-FO-24, GAM-FO-25, GAM-FO-07, GAM-FO-09, Registro Diario de Residuos Hospitalarios RH1, GAM-FO-09, Version 03 Seguimiento Mensual del lavado y desinfección de alberca de lavandería, y tanques de agua. Evaluar, organizar y replantear lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios.
Cronograma de Capacitación del Sistema de Gestión Ambiental	Ejecución del cronograma de capacitación del Sistema de Gestión ambiental para el mes de Marzo	Fortalecimiento y retroalimentación de los conocimientos en en materia de gestión ambiental al personal de la E.S.E Hospital del Rosario, para generar cultura ambiental y facilitar el manejo de los residuos, en la medida en que se minimizan los impactos negativos en el medio ambiente y la salud.	Se dictan los temas programados de acuerdo con el cronograma de capacitación de Gestión Ambiental para el mes de Marzo.	5	Cronograma de Capacitación del Sistema de Gestión Ambiental para el mes de Marzo.
Reporte de Residuos Peligrosos	Reporte de RESPEL a la CAM correspondiente de la vigencia del año 2022	El Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos es un instrumento de Copia de información, que debe como objetivo contar con información normalizada, homogénea y sistemática sobre la generación y manejo de residuos o desechos peligrosos originados por las diferentes actividades productivas.	La presente actividad se realizó en la plataforma asignada por la Corporación Autónoma regional del Año Magdalena CAMI referente a los residuos Ordinarios, reciclables y peligrosos generados en la E.S.E. Hospital del Rosario en la vigencia 2022	1	Reporte de Residuos Peligrosos a la CAMI correspondiente de la vigencia del año 2022
CERO PAPEL	Documentar la política de cero papel	Realizar socialización de la política de cero papel de la ESE	Generar conciencia en el consumo de papel y al uso racional del mismo	1	Política de Cero Papel de la ESE Hospital del Rosario
EJECUCION DE LABORES ABRIL 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	LINK DE EVIDENCIA
Actividades del Sistema de Gestión Ambiental	Ejecución y seguimiento del cronograma de actividades de gestión ambiental para el cumplimiento de las actividades principales acordes a la Resolución 1164 de 2002. Ejecución del plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. Reunión Administrativa de gestión ambiental y Sanitarias GAGAS correspondientes al mes de Abril	Diagnciamiento de los Formatos GAM- FO-22, Version 02 Control de tratamiento de aguas negras, GAM-FO-24, Version 03 Seguimiento Mensual del aseo y desinfección del ACOPIO de Residuos Hospitalarios, GAM-FO-25, Version 03 Seguimiento Mensual del aseo y desinfección del ACOPIO de Residuos NO Hospitalarios, GAM-FO-07, Version 05 Registro Diario de Residuos Hospitalarios RH1, GAM-FO-09, Version 03 Seguimiento Mensual del lavado y desinfección de alberca de lavandería, y tanques de agua. Evaluar, organizar y replantar lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios.	La Gestión ambiental busca prevenir los impactos ambientales que generan las actividades, servicios o productos de la E.S.E. Hospital del Rosario. Para Lograr el cumplimiento normativo en relación con los componentes ambientales relevantes en el sector salud mediante generación, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno, almacenamiento, limpieza y desinfección y entrega de los residuos al prestador del servicio especial de aseo para su disposición final de los mismos. Evaluar, organizar y replantear lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios. Se expone los compromisos con el cuidado y la preservación del medio ambiente, por lo tanto identifica, maneja, reduce y controla los riesgos que puedan producirse por los Residuos Hospitalarios.	6	Resolución 1164 de 2002, GAM-FO-22, GAM-FO-24, GAM-FO-25, GAM-FO-07, GAM-FO-09, Registro Diario de Residuos Hospitalarios RH1, GAM-FO-09, Version 03 Seguimiento Mensual del lavado y desinfección de alberca de lavandería, y tanques de agua. Evaluar, organizar y replantear lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios.
Cronograma de Capacitación del Sistema de Gestión Ambiental	Ejecución del cronograma de capacitación del Sistema de Gestión ambiental para el mes de Abril	Fortalecimiento y retroalimentación de los conocimientos en en materia de gestión ambiental al personal de la E.S.E Hospital del Rosario, para generar cultura ambiental y facilitar el manejo de los residuos, en la medida en que se minimizan los impactos negativos en el medio ambiente y la salud.	Se dictan los temas programados de acuerdo con el cronograma de capacitación de Gestión Ambiental para el mes de Abril	1	Cronograma de Capacitación del Sistema de Gestión Ambiental para el mes de Abril.



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 11 de 39

MESES DE EJECUCION	TAREAS Y ACTIVIDADES EJECUTADAS SEGUN COMPROMISOS PROGRAMADOS	CADENA DE VALOR DE LA ACTIVIDAD (LOGROS)	NUMERO DE METAS DEL PLAN OPERATIVO ANUAL PROGRAMADAS EN LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACION	NUMERO DE METAS DEL PLAN OPERATIVO ANUAL CUMPLIDAS EN LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACION	% DE GESTION LOGRADO	LINK EVIDENCIA
ENERO	Grupo Administrativo de gestión ambiental y Sanitarias GAGAS - Actualización del Grupo Administrativo GAGAS	Mediante Resolución administrativa se actualiza los integrantes y funciones del GAGAS.	1	1	100%	Soportes Cumplimiento Ficha Fiel SGA 2023/01 - Evidencias Enero 2023/01, Resolución del Grupo Administrativo GAGAS, Resolución GAGAS 0023/01.pdf
	Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la atención en salud y otras actividades - Actualización del PGRASA y Resolución vigencia 2023	El PGRASA hace las veces del Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos a que hace referencia el artículo 2.2.6.1.3.1 del Decreto 1076 de 2015, Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible. El PGRASA deberá ser actualizado cuando exista un cambio que incida en la gestión de los residuos.	2	2	100%	Soportes Cumplimiento Ficha Fiel SGA 2023/01, Evidencias Enero 2023/01, Resolución y actualización del PGRASA
	Actividades del Sistema de Gestión Ambiental - Elaboración, Ejecución y seguimiento del cronograma de actividades de gestión ambiental para el cumplimiento de las actividades principales acordes a la Resolución 1164 de 2002, Ejecución del plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Reunión Administrativa de gestión ambiental y Sanitarias GAGAS correspondientes al mes de Enero.	La Gestión ambiental busca prevenir los impactos ambientales que generan las actividades, servicios o productos de la E.S.E. Hospital del Rosario. Para Lograr el cumplimiento normativo en relación con los componentes ambientales relevantes en el sector salud mediante generación, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno, almacenamiento, limpieza y desinfección y entrega de los residuos al prestador del servicio especial de aseo para su disposición final de los mismos. Evaluar, organizar y replantear lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios. Se expone los compromisos con el cuidado y la preservación del medio ambiente, por lo tanto identifica, maneja, reduce y controla los riesgos que puedan producirse por los Residuos Hospitalarios.	6	6	100%	Soportes Cumplimiento Ficha Fiel SGA 2023/01, Evidencias Enero 2023/01, Formatos Sistema de Gestión Ambiental y App GAGAS
	Presentación de informe periódico con los indicadores de Gestión, de la Generación de residuos a las Autoridades competentes: SS.M. DLS Y CAM	Cumplimiento de los requisitos de la Resolución 1164 de 2002	1	1	100%	Soportes Cumplimiento Ficha Fiel SGA 2023/01, Evidencias Enero 2023/01, Presentación de los indicadores de Gestión, SS.M. DLS Y CAM



Página 12 de 39

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 13 de 39

ABRIL

<i>Actividades del Sistema de Gestión Ambiental - Ejecución y seguimiento del cronograma de actividades de gestión ambiental para el cumplimiento de las actividades principales acordadas en la Resolución 1154 de 2002. Ejecución del plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Reunión Administrativa de Gestión Ambiental y Contratos GAGAS correspondientes al mes de Abril.</i>	La Gestión ambiental busca prevenir los impactos ambientales que generan las actividades, servicios o productos de la E.S.E. Hospital del Rosario. Para Lograr el cumplimiento normativo en relación con los componentes ambientales relevantes en el sector salud mediante generación, segregación en la fuente, desacuación, movimiento interno, almacenamiento, limpieza y desinfección y entrega de los residuos al prestador del servicio especial de aseo para su disposición final de los mismos. Evaluar, organizar y replantear lo que sea necesario para dar cumplimiento del plan de Residuos Hospitalarios. Se exponen los compromisos con el cuidado y la preservación del medio ambiente, por lo tanto identifica, maneja, reduce y controla los riesgos que puedan producirse por los Residuos Hospitalarios.	6	6	100%	<i>Reporte de Gestión Ambiental del ESE Hospital del Rosario - Abril 2023</i>
<i>Cronograma de Capacitación del Sistema de Gestión Ambiental - Ejecución del cronograma de capacitación del Sistema de Gestión Ambiental para el mes de Abril</i>	Se dictan los temas programados de acuerdo con el cronograma de capacitación de Gestión Ambiental para el mes de Abril.	1	1	100%	<i>Reporte de Capacitación del Sistema de Gestión Ambiental - Abril 2023</i>

Este plan de gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades – PGIRASA tiene un porcentaje de cumplimiento del 100% de acuerdo con las actividades establecidas y ejecutadas a partir del mes de Enero hasta el 30 de abril del presente año de acuerdo con el Plan de Gestión

4.3. PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN – PETIC

Dese el mes de enero a 30 de abril de 2023 se han venido realizando actividades correspondientes al cronograma contemplado en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicación – PETIC, entre ellas la actualización de la página web institucional de manera mensual para cumplir con la evaluación de la matriz ITA, se cumple con la adquisición de hardware y software para el mejoramiento de la infraestructura tecnológica en la ESE y nos encontramos en la elaboración de dos manuales importantes para el cargue de información en pagina web y redes sociales y un manual para la identificación y gestión de riesgos de seguridad de la información, cabe mencionar que hasta el momento no se a cumplido con la adquisición de un Dispositivo de Almacenamiento NAS y la implementación de la mesa de ayuda.



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 14 de 39

Se puede deducir que el PETIC se encuentra en un 40% de cumplimiento de las actividades desarrolladas en contexto de este Plan.

EJECUCION DE LABORES ENERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
RESTRUCTURACION DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL	DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY 1712 DEL 2012...	MANTENER EL SITIO WEB HABILITADO PARA LA OPERATIVIDAD Y ACTUALIZACION DE CONTENIDO DE TEXTO Y MULTIMEDIA	CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SOBRE EL INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION.	1	EVIDENCIAS: PETIC RESPT ACTUALIZACION DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL
EJECUCION DE LABORES FEBRERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
RESTRUCTURACION DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL	DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY 1712 DEL 2012...	MANTENER EL SITIO WEB HABILITADO PARA LA OPERATIVIDAD Y ACTUALIZACION DE CONTENIDO DE TEXTO Y MULTIMEDIA	CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SOBRE EL INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION.	1	EVIDENCIAS: PETIC RESPT ACTUALIZACION DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL
ELABORACION DEL MANUAL DE LINEAMIENTOS PARA LA PUBLICACION EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	DOCUMENTAR EL PROCESO NECESARIO PARA LA PUBLICACION DE TEXTO Y MULTIMEDIA EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	REALIZAR UN MANUAL QUE PERMITA CONOCER A FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS LOS LINEAMIENTOS PARA LA PUBLICACION DE NOTICIAS E INFORMACION EN LA PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	PERMITE LA COMUNICACION ENTRE LA ESE Y LA COMUNIDAD CON INFORMACION CORRECTA Y VERAZ	1	EN PROCESO DE ELABORACION
EJECUCION DE LABORES MARZO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
RESTRUCTURACION DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL	DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY 1712 DEL 2012...	MANTENER EL SITIO WEB HABILITADO PARA LA OPERATIVIDAD Y ACTUALIZACION DE CONTENIDO DE TEXTO Y MULTIMEDIA	CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SOBRE EL INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION.	1	EVIDENCIAS: PETIC RESPT ACTUALIZACION DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL
PROYECTO DE LA ARQUITECTURA TECNOLÓGICA DE LA ESE Y ADQUISICIÓN DE SOFTWARE Y HARDWARE	JUSTIFICACION PARA LA ADQUISICION DE HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS	SUMINISTRAR A FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS EQUIPOS Y SUMINISTROS TECNOLOGICOS QUE PERMITAN EJECUTAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS DE MANERA AGIL	SUSTITUCION Y RENOVACION DE EQUIPOS INFORMATICOS	1	EVIDENCIAS: PETIC PROYE CTO DE LA ARQUITECTURA TECNOLÓGICA DE LA ESE Y ADQUISICION DE SOFTWARE Y HARDWARE
ELABORACION DEL MANUAL DE LINEAMIENTOS PARA LA PUBLICACION EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	DOCUMENTAR EL PROCESO NECESARIO PARA LA PUBLICACION DE TEXTO Y MULTIMEDIA EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	REALIZAR UN MANUAL QUE PERMITA CONOCER A FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS LOS LINEAMIENTOS PARA LA PUBLICACION DE NOTICIAS E INFORMACION EN LA PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	PERMITE LA COMUNICACION ENTRE LA ESE Y LA COMUNIDAD CON INFORMACION CORRECTA Y VERAZ	1	EN PROCESO DE ELABORACION

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO ACTA DE COMITE		
VIGENCIA: 15-08-2016	CODIGO: GCA-FO-01	VERSION: 2	Página 15 de 39

EJECUCION DE LABORES ABRIL 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
REESTRUCTURACION DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL	DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY 1712 DEL 2012	MANTENER EL SITIO WEB HABILITADO PARA LA OPERATIVIDAD Y ACTUALIZACION DE CONTENIDO DE TEXTO Y MULTIMEDIA	CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SOBRE EL INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	2	EVIDENCIA VERIFICABLE LICITACION DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL
ELABORACION DEL MANUAL DE LINEAMIENTOS PARA LA PUBLICACION EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	DOCUMENTAR EL PROCESO NECESARIO PARA LA PUBLICACION DE TEXTO Y MULTIMEDIA EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	REALIZAR UN MANUAL QUE PERMITA CONOCER A FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS LOS LINEAMIENTOS PARA LA PUBLICACION DE NOTICIAS E INFORMACION EN LA PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	PERMITE LA COMUNICACION ENTRE LA ESE Y LA COMUNIDAD CON INFORMACION CORRECTA Y VERAZ	1	EN PROCESO DE ELABORACION

4.4. PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION - PSPI

Con respecto a la gestión, operación, mantenimiento y mejora del sistema de seguridad perimetral nos encontramos en la elaboración de una guía para el manejo de esta plataforma para dejar una trazabilidad de la operatividad de este sistema de seguridad.

En este Plan de Seguridad y Privacidad de la información tiene un cumplimiento del 40% de las actividades desarrolladas en contexto de este Plan.

COPIA DEL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION	FIRMAS DE LOS RESPONSABLES DEL PROCESO	FIRMAS DE LOS RESPONSABLES DEL PROCESO	FIRMAS DE LOS RESPONSABLES DEL PROCESO		
--	--	--	--	--	--

4.5. PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION – PTRSI

Para la ESE Hospital del Rosario es importante asegurar la información como activo importante de la institución para ello realiza de manera cuatrimestral actividades de inducción a sus funcionarios y contratistas para afianzar conocimientos de tecnología y buen uso de recurso informáticos, se cuenta con un sistema de seguridad perimetral y antivirus que trabajan de la mano para evitar vulnerabilidades en nuestra institución, se realizan controles de acceso en computadoras y software institucional (Dinámica Gerencial Hospitalaria) y se maneja de manera manual el resguardo de las copias de



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 16 de 39

seguridad de DGH esto contemplado en un procedimiento alojado en bases T: GCO-PD-13V1 Procedimiento para la realización de copias de seguridad.

Según el cronograma estas actividades se realizan de manera mensual e ininterrumpida cumpliendo en un 45% con las actividades programadas. en el contexto de este Plan.

EJECUCION DE LABORES ENERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
ACTIVIDADES DE CAPACITACION E INDUCCION DE POLITICAS INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION Y USO SEGURO DE RECURSOS INFORMATICOS	SENSIBILIZACION Y CAPACITACION	INDUCCION PERIODICA PARA LOS FUNCIONARIOS, CONTRATISTAS Y DEMAS COLABORADORES PARA QUE APROPIEN CONOCIMIENTOS EN MATERIA DE POLITICAS INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION Y USO SEGURO DE RECURSOS INFORMATICOS	APROPIACION DE CONOCIMIENTOS INFORMATICOS	1	EVIDENCIAS: FOLIOS DE PAGES DE LA REALIZACION E INDUCCION DE POLITICAS INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION Y USO SEGURO DE RECURSOS INFORMATICOS
FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD	DESDE LA CONSOLA DE ANTIVIRUS ADMINISTRAR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DE COMPUTO DEL HOSPITAL	MANUTENER ACTUALIZADA LA BASE DE DATOS DEL ANTIVIRUS QUE SE MANEJA EN NUESTRA INSTITUCION	CONOCER Y SUPLENIR CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCION, DETECCION Y RESPUESTA ANTE UN CIBERATAQUE	1	EVIDENCIAS: FOLIOS DE LOS MONITOREOS INSTRUMENTALES ADMINISTRATIVOS
DEFINIR LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION	MANUTENER LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION	MEDIANTE EL USO DEL DIRECTORIO ACTIVO DEL SERVIDOR SE CREAN USUARIOS Y CONTRASEÑAS PARA EL USO DE COMPUTADORES ASI MISMO SE CREAN USUARIOS Y CONTRASEÑAS CON ROLES DEPENDIENDO DEL AREA QUE PERTENECE EL USUARIO	EVITAR EL USO INDEBIDO DE ACTIVOS DE INFORMACION A USUARIOS EXTERNOS	1	EVIDENCIAS: FOLIOS DE FOLIOS DE IDENTIFICACION ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION
VERIFICACION Y CONTROL DE COPIAS DE SEGURIDAD	RESGUARDAR LA INFORMACION CONTENIDA EN LA BASE DE DATOS DEL MOTOR SQL DEL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL	EJECUTAR DIARIAMENTE LAS DOS COPIAS DE SEGURIDAD DEL SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA EN LOS HORARIOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACION 00:00 AM Y 13:00 PM	COPIA DE LOS DATOS ORIGINALES QUE SE REALIZA CON EL FIN DE DISPONER DE UN MEDIO PARA RECUPERARLOS EN CASO DE PERDIDA	1	EVIDENCIAS: FOLIOS DE FOLIOS DE IDENTIFICACION FOLIOS DE IDENTIFICACION FOLIOS DE IDENTIFICACION
	APLICACION DE PARCHES DE SEGURIDAD Y ACTUALIZACION DE EQUIPOS DE COMPUTO	MANUTENER AL DIA LAS ACTUALIZACIONES DE WINDOWS EN CADA COMPUTADOR DE LA ESE	AUMENTAR EL RENDIMIENTO Y SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS TECNOLOGICOS	1	

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 17 de 39

EJECUCION DE LABORES FEBRERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD	DESDE LA CONSOLA DE ANTIVIRUS ADMINISTRAR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DE COMPUTO DEL HOSPITAL	MANTENER ACTUALIZADA LA BASE DE DATOS DEL ANTIVIRUS QUE SE MANEJA EN NUESTRA INSTITUCION	CONOCER Y EMPLEAR CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y RESPUESTA ANTE LA CIBERATAQUE.	1	EVIDENCIAS: PSTR, INFORME RECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD
DEFINIR LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION	MANTENER LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION	MEDIANTE EL USO DEL DIRECTORIO ACTIVO DEL SERVIDOR SE CREAN USUARIOS Y CONTRASEÑAS PARA EL USO DE COMPUTADORES ASI MISMO SE CREAN USUARIOS Y CONTRASEÑAS CON ROLES DEPENDIENDO DEL AREA QUE PERTENECE EL USUARIO	EVITAR EL USO INDEBIDO DE ACTIVOS DE INFORMACION A USUARIOS EXTERNOS	1	EVIDENCIAS: PSTR, SE LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION
VERIFICACION Y CONTROL DE COPIAS DE SEGURIDAD	RESGUARDAR LA INFORMACION CONTENIDA EN LA BASE DE DATOS DEL MOTOR SQL DEL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL	EJECUTAR DIARIAMENTE LAS DOS COPIAS DE SEGURIDAD DEL SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA EN LOS HORARIOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACION 06:00 AM Y 13:00 PM	COPIA DE LOS DATOS ORIGINALES QUE SE REALIZA CON EL FIN DE DISPONER DE UN MEDIO PARA RECUPERARLOS EN CASO DE PERDIDA.	1	EVIDENCIAS: PSTR, VERIFI CACION Y CONTROL DE COPIAS DE SEGURIDAD
	APLICACION DE PARCHES DE SEGURIDAD Y ACTUALIZACION DE EQUIPOS DE COMPUTO	MANTENER AL DIA LAS ACTUALIZACIONES DE WINDOWS EN CADA COMPUTADOR DE LA ESE	AUMENTA EL RENDIMIENTO Y SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS TECNOLOGICOS.	1	
EJECUCION DE LABORES MARZO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD	DESDE LA CONSOLA DE ANTIVIRUS ADMINISTRAR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DE COMPUTO DEL HOSPITAL	MANTENER ACTUALIZADA LA BASE DE DATOS DEL ANTIVIRUS QUE SE MANEJA EN NUESTRA INSTITUCION	CONOCER Y EMPLEAR CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y RESPUESTA ANTE UN CIBERATAQUE.	1	EVIDENCIAS: PSTR, INFORME RECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD
DEFINIR LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION	MANTENER LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION	MEDIANTE EL USO DEL DIRECTORIO ACTIVO DEL SERVIDOR SE CREAN USUARIOS Y CONTRASEÑAS PARA EL USO DE COMPUTADORES ASI MISMO SE CREAN USUARIOS Y CONTRASEÑAS CON ROLES DEPENDIENDO DEL AREA QUE PERTENECE EL USUARIO	EVITAR EL USO INDEBIDO DE ACTIVOS DE INFORMACION A USUARIOS EXTERNOS	1	EVIDENCIAS: PSTR, SE RIGOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION
VERIFICACION Y CONTROL DE COPIAS DE SEGURIDAD	RESGUARDAR LA INFORMACION CONTENIDA EN LA BASE DE DATOS DEL MOTOR SQL DEL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL	EJECUTAR DIARIAMENTE LAS DOS COPIAS DE SEGURIDAD DEL SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA EN LOS HORARIOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACION 06:00 AM Y 13:00 PM	COPIA DE LOS DATOS ORIGINALES QUE SE REALIZA CON EL FIN DE DISPONER DE UN MEDIO PARA RECUPERARLOS EN CASO DE PERDIDA.	1	EVIDENCIAS: PSTR, VERIFI CACION Y CONTROL DE COPIAS DE SEGURIDAD
	APLICACION DE PARCHES DE SEGURIDAD Y ACTUALIZACION DE EQUIPOS DE COMPUTO	MANTENER AL DIA LAS ACTUALIZACIONES DE WINDOWS EN CADA COMPUTADOR DE LA ESE	AUMENTA EL RENDIMIENTO Y SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS TECNOLOGICOS.	1	

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO ACTA DE COMITE		
VIGENCIA: 15-08-2016	CODIGO: GCA-FO-01	VERSION: 2	Página 18 de 39

EJECUCION DE LABORES ABRIL 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD	DESDE LA CONSOLA DE ANTIVIRUS ADMINISTRAR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DE COMPUTO DEL HOSPITAL	MANTENER ACTUALIZADA LA BASE DE DATOS DEL ANTIVIRUS QUE SE MANEJA EN NUESTRA INSTITUCION	CONOCER Y EMPLEAR CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y RESPUESTA ANTE UN CIBERATAQUE	1	EVIDENCIAS (PTRS) REPORTA CUMPLIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD
DEFINIR LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION	MANTENER LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION	MEDIANTE EL USO DEL DIRECTORIO ACTIVO DEL SERVIDOR SE CREAN USUARIOS Y CONTRASEÑAS PARA EL USO DE COMPUTADORES ASIMISMO SE CREAN USUARIOS Y CONTRASEÑAS CON ROLES DEPENDIENDO DEL AREA QUE PERTENECE EL USUARIO	EVITAR EL USO INDEBIDO DE ACTIVOS DE INFORMACION A USUARIOS EXTERNOS	1	EVIDENCIAS (PTRS) REPORTA A LOS CONTROLES DE ACCESO A ACTIVOS DE INFORMACION
VERIFICACION Y CONTROL DE COPIAS DE SEGURIDAD	RESGUARDAR LA INFORMACION CONTENIDA EN LA BASE DE DATOS DEL MOTOR SQL DEL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL	EJECUTAR DIARIAMENTE LAS DOS COPIAS DE SEGURIDAD DEL SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA EN LOS HORARIOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACION: 06:00 AM Y 12:00 PM	COPIA DE LOS DATOS ORIGINALES QUE SE REALIZA CON EL FIN DE DISPONER DE UN MEDIO PARA RECUPERARLOS EN CASO DE PERDIDA	1	EVIDENCIAS (PTRS) REPORTA VERIFICACION Y CONTROL DE COPIAS DE SEGURIDAD
	APLICACION DE PARCHES DE SEGURIDAD Y ACTUALIZACION DE EQUIPOS DE COMPUTO	MANTENER AL DIA LAS ACTUALIZACIONES DE WINDOWS EN CADA COMPUTADOR DE LA ESE	AUMENTA EL RENDIMIENTO Y SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS TECNOLOGICOS	1	

Se evidencia un avance de cumplimiento desde enero a 30 abril de 2023. Según información presentada por el responsable de los Planes

PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN – PETIC	40%
PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION - PSPI	45%
PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION PTRSI	40%

4.6. PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DE LA ENTIDAD PINAR

La asesora de gestión documental realiza la presentación del plan de acción del PINAR (ficha fiel) con sus respectivas evidencias de cada una de las actividades desarrolladas para la vigencia 2023 de la ESE Hospital del Rosario, el cual



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 19 de 39

cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 89% de las actividades desarrolladas en contexto de este Plan.

A continuación, se adjunta la evidencia de la ficha FIEL del área de gestión documental:

EJECUCION DE LABORES ENERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS - PINAR	Actualización del Plan Institucional de Archivos - PINAR	Realizar análisis de los avances que se han realizado en materia archivística de acuerdo al PINAR 2022 y así identificar nuevos proyectos o falencias en la entidad.	Mejora continua de la gestión documental.	1	Evidencias\01. Enero\01. PINAR
SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN (SIC)	Aprobar el Sistema Integrado de Conservación	Presentar el Plan de Conservación Documental ante el Comité Institucional de gestión y Desempeño para su aprobación.	Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el AGN. Conservación y preservación de los documentos físicos como electrónicos.	1	Evidencias\01. Enero\02. Sistema Integrado de Conservación SIC
ORGANIZACIÓN DEL FONDO ACUMULADO	Capacitación al personal que labora en el fondo acumulado, para realizar los procesos técnicos archivísticos	Realizar capacitación al personal del fondo acumulado para la realización de los procesos técnicos archivísticos (Ordenación, depuración, foliación y actualización de inventarios documentales del Fondo Acumulado), al 100 % del personal del área	Que el personal que labora en el fondo acumulado tenga el conocimiento necesario para realizar las labores de archivo correctamente.	1	Evidencias\01. Enero\03. Organización de Fondo Acumulado
	Realizar ordenación, depuración, foliación, marcación de unidades de conservación y actualizar inventario documental.	Realizar Ordenación de los expedientes de acuerdo al principio de orden original (de la fecha más antigua a la más reciente), foliación de los expedientes, descripción de los expedientes (marcación de las carpetas y cajas) Actualizar el Inventario Documental del fondo acumulado	Dar cumplimiento al Acuerdo No. 002 "Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados", contribuyendo a la preservación del acervo documental de la ESE, igualmente al fácil acceso de consulta y préstamo de los documentos. Velar por la	300 expedientes	



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 20 de 39

			conservación del patrimonio histórico de la institución.		
	Seguimiento para la elaboración de los procesos técnicos archivísticos	Realizar seguimiento y acompañamiento al personal del fondo acumulado para la elaboración de los procesos técnicos archivísticos: Ordenación, foliación y descripción documental (inventario documental) del Fondo Acumulado. De acuerdo al plan de trabajo anexo.	Verificar que se estén realizando correctamente los procesos técnicos archivísticos (ordenación, expurgo e inventario). La verificación de los procesos, permite que se hagan los planes de mejora, obteniendo un producto (expedientes e inventarios) de calidad.	1	
EJECUCION DE LABORES FEBRERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
FUMIGACIÓN Y DESINFECCIÓN DE ARCHIVOS	Contratar para la Fumigación y desinfección de archivos en seco.	Realizar semestralmente fumigación en seco en los depósitos de archivo y jornadas de desratización de áreas de archivo de gestión y fondo acumulado.	Con este proceso se busca erradicar ratas y ratones, encaminado a erradicar cualquier tipo de invertebrado y ácaros no deseados en los archivos, especialmente al control de termitas, las cuales son responsables de grandes daños en los documentos de las áreas de depósito de archivo.	1	Evidencias: 02. Febrero 01. Fumigación
ORGANIZACIÓN DEL FONDO ACUMULADO	Realizar ordenación, depuración, foliación, marcación de unidades de conservación y actualizar el inventario documental.	Realizar Ordenación de los expedientes de acuerdo al principio de orden original (de la fecha más antigua a la más reciente), foliación de los expedientes, descripción de los expedientes (marcación de las carpetas y cajas) Actualizar el Inventario Documental del fondo	Dar cumplimiento al Acuerdo No. 002 "Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados", contribuyendo a la preservación del acervo documental de la ESE, igualmente al fácil acceso de	300 expedientes	Evidencias: 02. Febrero 02. Organización Fondo Acumulado



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 21 de 39

		acumulado	consulta y préstamo de los documentos. Velar por la conservación del patrimonio histórico de la institución.		
	Seguimiento para la elaboración de los procesos técnicos archivísticos	Realizar seguimiento y acompañamiento al personal del fondo acumulado para la elaboración de los procesos técnicos archivísticos: Ordenación, foliación y descripción documental (inventario documental) del Fondo Acumulado. De acuerdo al plan de trabajo anexo.	Verificar que se estén realizando correctamente los procesos técnicos archivísticos (ordenación, expurgo e inventario). La verificación de los procesos, permite que se hagan los planes de mejora, obteniendo un producto (expedientes e inventarios) de calidad.	1	
EJECUCION DE LABORES MARZO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
CAPACITACIÓN	Capacitar al personal de la ESE en temas de Gestión Documental.	Realizar capacitación al personal de la ESE en el Programa de Gestión Documental específicamente en los Procedimientos de Producción, Gestión y trámite y Organización de Archivos, de acuerdo al proceso de inducción de personal (100%) y programación en el plan institucional de capacitación con una meta de cumplimiento por encima del 90% de cobertura	El desconocimiento por parte del personal que labora en la ESE en la normatividad, procedimientos y formatos establecidos para la correcta organización de archivos, evitando que se siga teniendo un fondo acumulado.	1	Evidencias\03. Marzo\01. Capacitación
ORGANIZACIÓN DEL FONDO ACUMULADO	Realizar ordenación, depuración, foliación, marcación de unidades de conservación y actualizar el inventario documental.	Realizar Ordenación de los expedientes de acuerdo al principio de orden original (de la fecha más antigua a la más reciente), foliación de los expedientes, descripción de los expedientes (marcación de las carpetas y cajas) Actualizar el Inventario Documental del fondo acumulado	Dar cumplimiento al Acuerdo No. 002 "Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados", contribuyendo a la preservación del acervo documental de la ESE, igualmente al fácil acceso de consulta y préstamo de los	300 expedientes	Evidencias\03. Marzo\02. Organización fondo acumulado



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 22 de 39

			documentos. Velar por la conservación del patrimonio histórico de la institución.		
	Seguimiento para la elaboración de los procesos técnicos archivísticos	Realizar seguimiento y acompañamiento al personal del fondo acumulado para la elaboración de los procesos técnicos archivísticos: Ordenación, foliación y descripción documental (inventario documental) del Fondo Acumulado. De acuerdo al plan de trabajo anexo.	Verificar que se estén realizando correctamente los procesos técnicos archivísticos (ordenación, expurgo e inventario). La verificación de los procesos, permite que se hagan los planes de mejora, obteniendo un producto (expedientes e inventarios) de calidad.	1	
CERO PAPEL	Documentar la política de cero papeles	Realizar socialización de la política de cero papeles de la ESE.	Generar conciencia en el consumo de papel y el uso racional del mismo.	1	Evidencias:03. Marzo03. Cero papeles
SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN (SIC)	Programa capacitación y sensibilización	Instruir a los funcionarios, contratistas ESE Hospital del Rosario de Campoalegre Huila, de acuerdo con sus roles y responsabilidades, en aspectos relacionados con la conservación, mantenimiento y uso de los bienes documentales.		1	Evidencias:03. Marzo04. Sistema Integrado de Conservación
PROGRAMA ALMACENAMIENTO Y REALMACENAMIENTO	Realizar el almacenamiento y/o realmacenamiento documental, durante el desarrollo de procesos técnicos archivísticos.	Proporcionar a los documentos de Archivo de la Entidad, las unidades de almacenamiento que garanticen su adecuada conservación, mediante el uso de materiales de óptima calidad y teniendo en cuenta las características de los soportes.	El uso de materiales e insumos inadecuados para conservación de documentos de archivo, evitando el deterioro y pérdida de la documentación por la falta de unidades de almacenamiento y realmacenamiento apropiadas.	1	Se realizo cambio de unidades de conservación de 710 expedientes del año 2011, 183 expedientes de contratos de la vigencia 2017 y 627 expedientes del año 2010. para un total de 1520 carpetas en 143 cajas x200.
EJECUCION DE LABORES ABRIL 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 23 de 39

ORGANIZACIÓN DEL FONDO ACUMULADO	Realizar ordenación, depuración, foliación, marcación de unidades de conservación y actualizar el inventario documental.	Realizar Ordenación de los expedientes de acuerdo al principio de orden original (de la fecha más antigua a la más reciente), foliación de los expedientes, descripción de los expedientes (marcación de las carpetas y cajas) Actualizar el Inventario Documental del fondo acumulado	Dar cumplimiento al Acuerdo No. 002 "Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados", contribuyendo a la preservación del acervo documental de la ESE, igualmente al fácil acceso de consulta y préstamo de los documentos. Velar por la conservación del patrimonio histórico de la institución.	300 expedientes	Evidencias\04. Abril\01 Organización fondo acumulado
	Seguimiento para la elaboración de los procesos técnicos archivísticos	Realizar seguimiento y acompañamiento al personal del fondo acumulado para la elaboración de los procesos técnicos archivísticos: Ordenación, foliación y descripción documental (inventario documental) del Fondo Acumulado. De acuerdo al plan de trabajo anexo.	Verificar que se estén realizando correctamente los procesos técnicos archivísticos (ordenación, expurgo e inventario). La verificación de los procesos, permite que se hagan los planes de mejora, obteniendo un producto (expedientes e inventarios) de calidad.	1	
INDICE DE INFORMACIÓN CLASIFICADA Y RESERVADA	Elaborar el procedimiento de Información Clasificada y Reservada	Realizar el procedimiento para la realización del índice de información clasificada y reservada.	Establecimiento de una metodología para la clasificación de la información, que cubra los aspectos administrativos, regulatorios y de control que deben ser evaluados y aplicados por el alta dirección, funcionarios, contratistas y terceros que presten sus servicios o tengan algún tipo de relación con la ESE para una debida clasificación de la información.	1	Evidencias\04. Abril\02 Índice de Información Clasificada\Guía Elaboración del índice de información clasificada y reservada.doc
PROGRAMA ALMACENAMIENTO Y REALMACENAMIENTO	Realizar el almacenamiento y/o realmacenamiento documental, durante el	Proporcionar a los documentos de Archivo de la Entidad, las unidades de almacenamiento que garanticen su adecuada conservación, mediante el uso	El uso de materiales e insumos inadecuados para conservación de documentos de archivo, evitando el deterioro y pérdida de la documentación por la	1	Se realizo cambio de unidades de conservación de 7 expedientes del año 2011, 3 expedientes



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 24 de 39

desarrollo de
procesos técnicos
archivísticos.de materiales de óptima calidad
y teniendo en cuenta las
características de los soportes.falta de unidades de
almacenamiento y
realmacenamiento apropiadas.del año 2010, 139
expedientes del año
2012 y 46 del año
2013. para un total de
195 carpetas.

Finalmente, la profesional realiza la socialización de la Guía Elaboración del índice de información clasificada y reservada con los integrantes del comité a quienes se les había enviado con anterioridad por correo electrónico institucional el documento y se pone a consideración su aprobación, los integrantes del comité no presentan objeción alguna frente al procedimiento y se da por aprobado para que posteriormente sea codificado y cargado en Bases.

4.7. PLAN ESTRATÉGICO DE TALENTO HUMANO

En este Plan estratégico del Talento Humano Hospitalario, se ejecuta los lineamientos técnicos de la Gestión del talento humano integral de la ESE, se aplican todos los requerimientos de los derechos laborales y sociales como empleados públicos en sus diferentes tipos de empleos, no violando la realidad sobre la forma sus derechos salariales y prestacionales por sus servicios prestados y así mismo se genera las dinámicas de gestión del servicio de salud integral y humanizado con el clima organizacional gratificante que permita pasar de ser recurso humano, a talento humano en capital humano por generar en forma humanizada cadena de valor social en salud.

Por ende, el Plan Estratégico permite mejorar las competencias y productividad de la Gestión en la ESE en términos de generar una cultura empresarial de ejecución con cadena de valor social valorando el capital intelectual y las habilidades y destrezas en términos de recurso humano, talento y capital humanos para la integración de los planes, programas y procesos con trabajo en equipo y de resultados, con fecha de corte a abril 30 de 2023 se determina un avance del 100% de las actividades desarrolladas en contexto de este Plan.

4.8. PLAN DE PREVISIÓN DE TALENTO HUMANO Y DE VACANTES

Dentro de las herramientas de planeación de provisión de empleos se encuentra el Plan de Previsión de Recursos Humanos de la ESE HOSPITAL DEL ROSARIO, que busca brindar orientaciones para la provisión de empleos de



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 25 de 39

acuerdo con las necesidades presentes y futuras teniendo en cuenta los recursos humanos, materiales, tecnológicos, físicos y financiero disponible, para este caso la ESE no presenta vacantes con fecha de corte a 30 de abril de 2023, se determina un avance del 100% de las actividades desarrolladas en contexto de este Plan.

4.9. PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

La profesional de apoyo del área de talento humano realiza la presentación del cronograma Institucional de Capacitación para la vigencia 2023 de la ESE Hospital del Rosario, el cual cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 57% con fecha de corte a 30 de Abril del año en curso, tal como se evidencia en la imagen a continuación:

ITEM	TEMATICA	POBLACION OBJETIVO POR NIVEL				CAPACITADOR	FECHA PROGRAMADA	FECHA EJECUTADA	OBSERVACIONES
		Ejecutivo-Lideres de proceso	Asesor	Asistencia	Administrativo				
1	RIESGO DE INFORMACIÓN Y CIBER SEGURIDAD	X			X	ASESORES COMERCIALES BANCOLOMBIA	27-Ene-2023	27-Ene-2023	GERENCIA, PROFESIONAL ADM Y FINANCIERA Y SISTEMAS
2	SOCIALIZACION GUIA DE MANEJO SIFILIS GESTACIONAL Y COINCIDENTA - VIH EN EL EMBARAZO			X		JEFE MARIA PAULA CAMARGO	10-feb-23	10-feb-23	PERSONAL ASISTENCIAL (MEDICOS, JEFES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA)
3	RESOLUCION 2250 - MANEJO DE LA DESNUTRICION AGUDA, MODERADA Y SEVERA			X		JEFE NELLY QUINTERO Y NUTRICIONISTA HAMARA PAEZ	10-feb-23	10-feb-23	PERSONAL ASISTENCIAL (MEDICOS, JEFES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA)
4	SOCIALIZACION RESOLUCION 1995 DEL 1999 (MANEJO DE HCL), MANUAL DE HCL Y MANUAL DE SIOLAS			X		DR. HERNAN SANCHEZ	17-feb-23	17-feb-23	PERSONAL ASISTENCIAL
5	JORNADA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, TAMIZAJE RCV Y PAUSAS ACTIVAS	X	X	X	X	SGSST, TH Y NUEVA EPS	16-feb-23	16-feb-23	TODO EL PERSONAL
6	SOCIALIZACION GUIA DE PRACTICA CLINICA IRA			X		DR. HERNAN SANCHEZ	21-feb-23	21-feb-23	PERSONAL ASISTENCIAL (MEDICOS, JEFES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA)
7	GUIA DE ATENCION DENGUE			X		SECRETARIA SALUD DEPARTAMENTAL	21-feb-23	21-feb-23	PERSONAL ASISTENCIAL
8	TOMA DE MUESTRA EN EL LABORATORIO CLINICO			X		MAIRA CARVAJAL	21-feb-23	21-feb-23	PERSONAL ASISTENCIAL
9	SOCIALIZACION DE PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE FLEBITIS Y VENOPUNCION			X		JEFE PAULA RUZ	23-feb-23	23-feb-23	PERSONAL ASISTENCIAL
10	SOCIALIZACION DEL MANUAL DE CODIGO AZUL, SOCIALIZACION GUIA DE INTUBACION Y EXTUBACION			X		LIDY CORTES-JORGE GOMEZ	23-feb-23	23-feb-23	PERSONAL ASISTENCIAL (MEDICOS, JEFES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA)
11	SOCIALIZACION CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS 2023			X	X	FACTURACIÓN	23-feb-23	23-feb-23	AREA DE FACTURACION
12	SOCIALIZACION ACTUALIZACION DATOS Y BOLETAS DE SALIDA			X	X	FACTURACIÓN	23-feb-23	23-feb-23	AREA DE FACTURACION
13	INDUCCION Y REINDUCCION DEL PGRASA - SEGREGACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS Y LA IMPORTANCIA DEL RECICLAJE	X	X	X	X	INGENIERA AMBIENTAL	1-mar-23	1-mar-23	SERVICIOS GENERALES
14	MANUAL ASEO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS Y SUPERFICIES Y USO DE HIPOLORITO DE SODIO					INGENIERA AMBIENTAL	1-mar-23	1-mar-23	EQUIPO DE AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES - EQUIPO DE MANTENIMIENTO
15	INDUCCION Y REINDUCCION DEL PGRASA - SEGREGACION DE LOS RESIDUOS SOLIDOS Y LA IMPORTANCIA DEL RECICLAJE	X	X	X	X	INGENIERA AMBIENTAL	3-mar-23	3-mar-23	TODO EL PERSONAL
16	ORGANIZACION DE ARCHIVOS DE GESTION	X	X	X	X	DIANA BEDOYA	07/03/2023	7-Marzo 2023	TODO EL PERSONAL
17	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACION (SIG)	X	X	X	X	DIANA BEDOYA	07/03/2023	7-Marzo 2023	TODO EL PERSONAL
18	INSTRUCTIVO DE EFICACIA ADMINISTRATIVA Y CERO PAPEL	X	X	X	X	DIANA BEDOYA	07/03/2024	7-Marzo 2023	TODO EL PERSONAL
19	INDUCCION Y REINDUCCION DEL PGRASA - CODIGO DE COLORES Y SEGREGACION EN LA FUENTE	X	X	X	X	INGENIERA AMBIENTAL	7-mar-23	7-mar-23	TODO EL PERSONAL

**ACTA DE COMITE**

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 26 de 39

CRONOGRAMA DE CAPACITACION

CAPACITACIONES PROGRAMADAS 2023	126
CAPACITACIONES REALIZADAS	72
PENDIENTES POR REALIZAR	54
% CUMPLIMIENTO	57%

De los demás planes a cargo del área de Talento Humano, es decir del Plan Estratégico de Talento Humano y Plan de Previsión de Talento Humano y de Vacantes, la profesional refiere que los planes se cargaron en el tiempo establecido a la página de la ESE Hospital del Rosario, pero no cuentan con un cronograma de actividades, motivo por el cual no se adjuntan evidencias. Sin embargo, la profesional realiza la socialización de la Ficha FIEL con las respectivas evidencias de cada una de las actividades desarrolladas en lo corrido de la vigencia.



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 27 de 39



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL ROSARIO DE CAMPOALEGRE HUILA

FICHA INDIVIDUAL DE EJECUCION DE LABORALES - FIEL A DILIGENCIAR POR LOS RESPONSABLES

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION A EJECUTAR DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023

NOMBRE DEL (OS) FUNCIONARIO (OS)		AREA O UNIDAD A LA QUE PERTENECE			
Maria Jose Cuellar Cubillos		Administrativa - Gestión de Talento Humano			
PROGRAMA/PROYECTO					
EJECUCION DE LABORES ENERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
Elaboración del plan de acción de Talento Humano	Cumplimiento de MPG	Programar el desarrollo de actividades integrales en la gestión del talento humano de la ESE en terminos de gestion y desempeño.	Regular la gestión y organización del manejo de la planta de personal de nomina permanente, temporal y OPS.	1	
Elaboración, aprobación y publicación de los planes institucionales (Bienestar, capacitación, vacantes, estratégico y prevision) de la ESE	Cumplimiento de la normatividad vigente del DAFP, Decreto 612 de 2018.	Programar el desarrollo de actividades inherentes a los derechos de los funcionarios en cuanto al incentivo, bienestar social, capacitación y afines.	Regular la gestión y organización del manejo de la planta de personal de nomina permanente, temporal y OPS.	1	https://www.bancomundial.org/es/publication/monetary-fund/decreto-612-dafp/
Recepción de hojas de vida para contratación de personal mediante modalidad de OPS.	Contratación de personal por prestación de servicios para cubrir las necesidades de las diferentes áreas.	De acuerdo a la necesidad de la ESE para contratar personal, se recepcionan hojas de vida de acuerdo a la lista de chequeo de la institución, se realiza la verificación de cumplimiento de estándares y posteriormente se entrega la carpeta con la documentación completa al área de contratación para que finalice el proceso correspondiente.	Fortalece las diferentes áreas de la ESE con el personal requerido e idoneo para el cumplimiento de la misión institucional y el plan Anticorrupción y atención al ciudadano (Matriz de riesgos).	1	1 EVIDENCIAS TH PERSONAL MES A MES 2023.xlsx
Revisión de las hojas de vida del personal agremiado	Verificación de cumplimiento de las listas de chequeo del personal agremiado.	Revisión de las hojas de vida del personal agremiado, en donde se evidenciaron falencias en el proceso, listas de chequeo incompletas y documentos y cursos indispensables para el desarrollo de las actividades en la entidad.	Fortalece las diferentes áreas de la ESE con el personal requerido e idoneo para el cumplimiento de la misión institucional y el plan Anticorrupción y atención al ciudadano (Matriz de riesgos).	1	1 EVIDENCIAS TH Consol. de apoyo y carga Agremiados.xlsx
Monitoreo de actualización Hojas de vida SIGEP	Hojas de vida SIGEP II	Durante el mes de enero se realizó la depuración de la plataforma SIGEP II, dando de baja a todo el personal que ya no tenía vínculo laboral con la entidad.	Mantener el indicador de control interno en un rango alto de cumplimiento.	1	1 EVIDENCIAS TH Monitoreo de actualización de Hoja de Vida 15-01-2023.xlsx



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 28 de 39

EJECUCION DE LABORES FEBRERO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
Recepción de hojas de vida para contratación de personal mediante modalidad de OPS.	Contratación de personal por prestación de servicios para cubrir las necesidades de las diferentes áreas.	De acuerdo a la necesidad de la ESE para contratar personal, se recepcionan hojas de vida de acuerdo a la lista de chequeo de la institución, se realiza la verificación de cumplimiento de estándares y posteriormente se entrega la carpeta con la documentación completa al área de contratación para que finalice el proceso correspondiente.	Fortalece las diferentes áreas de la ESE con el personal requerido e idoneo para el cumplimiento de la misión institucional y el plan Anticorrupción y atención al ciudadano (Matriz de riesgos).	1	EVIDENCIAS TRANSACCIONALES MES A MES 2023.xlsx
Revisión de las hojas de vida del personal agremiado	Verificación de cumplimiento de las listas de chequeo del personal agremiado.	Revisión de las hojas de vida del personal agremiado, en donde se evidenciaron falencias en el proceso, listas de chequeo incompletas y documentos y cursos indispensables para el desarrollo de las actividades en la entidad.	Fortalece las diferentes áreas de la ESE con el personal requerido e idoneo para el cumplimiento de la misión institucional y el plan Anticorrupción y atención al ciudadano (Matriz de riesgos).	1	Consolidado MV y sus hijos Agremiados.xlsx
Solicitud carnet de Misión Médica para el personal de la ESE.	Cumplimiento de la Resolución 4481 de 2012 por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema necesario para la realización de actividades propias del área asistencial.	Diligenciamiento del formato de solicitud de uso del emblema de Misión Médica de la Secretaría de Salud Departamental junto con la certificación del personal y las copias de las cédulas del personal.	Identificación de la Misión Médica de la ESE Hospital del Rosario.	1	EVIDENCIAS TRANSACCIONALES MES A MES 2023 - Formato Solicitud Autodesempeño Use Emblema MM 2023.docx
Ejecución de los temas programados de acuerdo al cronograma del Plan de Capacitación Institucional de la ESE	Fortalecer el entrenamiento al recurso humano de la ESE acerca de la cultura corporativa, procesos de calidad, clínico asistenciales, entre otros.	Se realizaron diferentes capacitaciones desde las áreas de calidad, nutrición, salud ocupacional, facturación, laboratorio, a los diferentes servicios de la ESE.	Fortalecer el conocimiento de funcionarios, contratistas y colaboradores que prestan sus servicios en la ESE, acerca cultura corporativa, procesos de calidad, clínico asistenciales, entre otros que son fundamentales para prestar un servicio con calidad y calidez a los usuarios.	1	EVIDENCIAS TRANSACCIONALES PLAN DE CAPACITACION
Ejecución actividad programada en el cronograma de bienestar institucional de la ESE.	Generar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida y su desempeño laboral de los servidores de la ESE, generando espacios de conocimiento, esparcimiento e integración.	Se realizó un taller y capacitación de hábitos de vida saludable con el apoyo de la Nueva Eps en el auditorio de la ESE.	Generar espacios de conocimiento e integración, elevando los niveles de satisfacción, efectividad y el sentido de pertenencia con la institución a través de un mejor ambiente de trabajo que permita aumentar el desempeño laboral y el logro de los objetivos institucionales.	1	EVIDENCIAS TRANSACCIONALES PLAN DE BIENESTAR

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 29 de 39

EJECUCION DE LABORES MARZO 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
Recepción de hojas de vida para contratación de personal mediante modalidad de OPS.	Contratación de personal por prestación de servicios para cubrir las necesidades de las diferentes áreas.	De acuerdo a la necesidad de la ESE para contratar personal, se recepcionan hojas de vida de acuerdo a la lista de chequeo de la institución, se realiza la verificación de cumplimiento de estándares y posteriormente se entrega la carpeta con la documentación completa al área de contratación para que finalice el proceso correspondiente.	Fortalece las diferentes áreas de la ESE con el personal requerido e idoneo para el cumplimiento de la misión institucional y el plan Anticorrupción y atención al ciudadano (Matriz de riesgos).	1	1 EVIDENCIAS TH PERSONAL MES A MES 2023.xlsx
Revisión de las hojas de vida del personal agremiado	Verificación de cumplimiento de las listas de chequeo del personal agremiado.	Revisión de las hojas de vida del personal agremiado, en donde se evidenciaron falencias en el proceso, listas de chequeo incompletas y documentos y cursos indispensables para el desarrollo de las actividades en la entidad.	Fortalece las diferentes áreas de la ESE con el personal requerido e idoneo para el cumplimiento de la misión institucional y el plan Anticorrupción y atención al ciudadano (Matriz de riesgos).	1	Consolidado HN y cursos Agremiados.xlsx
Ejecución de los temas programados de acuerdo al cronograma del Plan de Capacitación Institucional de la ESE	Fortalecer el entrenamiento al recurso humano de la ESE acerca de la cultura corporativa, procesos de calidad, clínico asistenciales, entre otros.	Se realizaron diferentes capacitaciones desde las áreas de gestión ambiental, gestión documental, PAPSIM, Secretaría de Salud Departamental, calidad, auditoría clínica.	Fortalecer el conocimiento de funcionarios, contratistas y colaboradores que prestan sus servicios en la ESE, acerca cultura corporativa, procesos de calidad, clínico asistenciales, entre otros que son fundamentales para prestar un servicio con calidad y calidez a los usuarios.	1	1 EVIDENCIAS TH EVIDENCIAS PLAN DE CAPACITACIÓN
Ejecución actividades programadas en el cronograma de bienestar institucional de la ESE.	Generar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida y su desempeño laboral de los servidores de la ESE, generando espacios de conocimiento, esparcimiento e integración.	Se realizó la celebración del día de la mujer y día del hombre en las instalaciones de la ESE Hospital del Rosario.	Generar espacios de conocimiento e integración, elevando los niveles de satisfacción, efectividad y el sentido de pertenencia con la institución a través de un mejor ambiente de trabajo que permita aumentar el desempeño laboral y el logro de los objetivos institucionales.	1	1 EVIDENCIAS TH EVIDENCIAS PLAN DE BIENESTAR

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"

ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 30 de 39

EJECUCION DE LABORES ABRIL 2023	PROCESO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA LABOR	QUE SOLUCIONA LA LABOR AL CUMPLIMIENTO DE LA GESTION DEL AREA RESPONSABLE	NUMERO ACTIVIDADES PROGRAMADAS	EVIDENCIAS
Recepción de hojas de vida para contratación de personal mediante modalidad de OPS para los programas de PIC Municipal y Atención Primaria en Salud para los municipios de Camposagrado, Rivera, Hobo, Algeciras y Yaguajay.	Contratación de personal por prestación de servicios para cubrir las necesidades de las diferentes áreas.	De acuerdo a la necesidad de la ESE para contratar personal, se reciben hojas de vida de acuerdo a la lista de chequeo de la institución, se realiza la verificación de cumplimiento de estándares y posteriormente se entrega la carpeta con la documentación completa al área de contratación para que finalice el proceso correspondiente.	Fortalece las diferentes áreas de la ESE con el personal requerido e idoneo para el cumplimiento de la misión institucional y el plan Anticorrupción y atención al ciudadano (Matriz de riesgos).	1	PERSONAL POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Monitoreo de actualización Hojas de vida SIGEP	Hojas de vida SIGEP II	Cada vez que se realiza contratación, se monitorea la actualización de hojas de vida de SIGEP de los contratistas con el objetivo de velar por el cumplimiento de este indicador.	Mantener el indicador de control interno en un rango alto de cumplimiento.	Cada vez que se realiza una contratación	SEGUIMIENTO SIGEP ABRIL 2023 de
Recepción y entrega de las tarjetas de identidad de Misión Médica para el personal asistencial de la ESE.	Cumplimiento de la Resolución 4481 de 2012 por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema necesario para la realización de actividades propias del área asistencial.	Se realizó la entrega de las tarjetas de identidad de Misión Médica al personal asistencial de la ESE Hospital del Rosario	Identificación de la Misión Médica de la ESE Hospital del Rosario.	1	1 EVIDENCIA (FOTOGRAFIA DE ENTREGA DE TARJETAS) NO APROBADA
Verificación de títulos de los contratistas de la ESE.	Realizar las solicitudes de verificación de títulos pertinentes del Talento Humano de la ESE Hospital del Rosario como requisito de habilitación (R. 3100)	Realizar solicitud mediante derecho de petición por parte de la ESE mediante correo electrónico a cada una de las universidades o institutos en los cuales el talento humano haya cursado sus estudios.	Hojas de vida actualizadas y cumplimiento de la Resolución 3100 de habilitación para la prestación de los servicios de salud	1	1 EVIDENCIA (FOTOGRAFIA DE ENTREGA DE TITULOS)
Jornada de inducción y reinducción al recurso humano de la ESE Hospital del Rosario	Fortalecer el entrenamiento al recurso humano de la ESE acerca de la cultura corporativa, procesos de calidad, atención al usuario, entre otros.	Se realizó una jornada de inducción y reinducción por los funcionarios, contratistas y colaboradores de la ESE Hospital del Rosario en el auditorio de la entidad.	Fortalecer el conocimiento de funcionarios, contratistas y colaboradores que prestan sus servicios en la ESE, acerca de temas como la cultura corporativa, sistema de gestión de calidad, atención a la ciudadanía, entre otros que son fundamentales para prestar un servicio con calidad y calidez a los usuarios.	1	EVIDENCIA (FOTOGRAFIA DE LA JORNADA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN)
Ejecución de los temas programados de acuerdo al cronograma del Plan de Capacitación Institucional de la ESE	Fortalecer el entrenamiento al recurso humano de la ESE acerca de la cultura corporativa, procesos de calidad, clínico asistenciales, entre otros.	Se realizaron diferentes capacitaciones desde las áreas administrativa y financiera, gestión ambiental, seguridad del paciente, vacunación, laboratorio, SIAU y salud ocupacional.	Fortalecer el conocimiento de funcionarios, contratistas y colaboradores que prestan sus servicios en la ESE, acerca de cultura corporativa, procesos de calidad, clínico asistenciales, entre otros que son fundamentales para prestar un servicio con calidad y calidez a los usuarios.	1	1 EVIDENCIA (FOTOGRAFIA DE LA JORNADA DE CAPACITACIÓN)
Ejecución de actividad programada en el cronograma de bienestar institucional de la ESE.	Generar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida y su desempeño laboral de los servidores de la ESE, generando espacios de conocimiento, esparcimiento e integración.	Se realizó la celebración del día de la secretaria en las instalaciones de la ESE Hospital del Rosario.	Generar espacios de conocimiento e integración, elevando los niveles de satisfacción, efectividad y el sentido de pertenencia con la institución a través de un mejor ambiente de trabajo que permita aumentar el desempeño laboral y el logro de los objetivos institucionales.	1	1 EVIDENCIA (FOTOGRAFIA DE LA JORNADA DE BIENESTAR INSTITUCIONAL)
Publicación Directorio Institucional	Publicación del directorio institucional para el cumplimiento de uno de los ítems de la evaluación de transparencia - ITA	Actualización del directorio institucional de personal de planta y contratistas de la ESE Hospital del Rosario con los ítems solicitados.	Cumplimiento evaluación de transparencia - ITA	1	1 EVIDENCIA (FOTOGRAFIA DE LA PUBLICACIÓN DEL DIRECTORIO INSTITUCIONAL)



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 31 de 39

4.10 PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONAL, BIENESTAR SOCIAL Y ESTIMULOS

Igualmente, la profesional a cargo realizo la presentación del porcentaje de cumplimiento del plan de incentivos institucional, bienestar social y estímulos de la vigencia, con fecha de corte a 30 de abril de 2023, en donde presento un avance del 60% de las actividades planificadas para el primer semestre del año, a continuación, se adjunta la imagen de referencia:

CRONOGRAMA DE BIENESTAR	
ACTIVIDADES PROGRAMADAS A JUNIO 2023	5
CAPACITACIONES REALIZADAS	2
PENDIENTES POR REALIZAR	3
% CUMPLIMIENTO	60%

De los demás planes a cargo del área de talento humano, es decir del Plan Estratégico De Talento Humano y Plan De Previsión De Talento Humano Y De Vacantes, la profesional refiere que los planes se cargaron en el tiempo establecido a la página de la ESE Hospital del Rosario, pero no cuentan con un cronograma de actividades, motivo por el cual no se adjuntan evidencias. Sin embargo, la profesional realiza la socialización de la Ficha FIEL con las respectivas evidencias de cada una de las actividades desarrolladas en lo corrido de la vigencia.

4.11 PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO "PAAC"

La profesional administrativa y financiera socializa el cumplimiento de las actividades programadas en los 6 componentes del PAAC, para la vigencia 2023 con sus respectivas evidencias de cada una de las actividades desarrolladas para la vigencia 2023 de la ESE Hospital del Rosario, el cual cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 68% con fecha de corte a 30 de abril del año en curso, de las actividades desarrolladas en contexto de este Plan



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 32 de 39

CUMPLIMIENTO DEL 68% DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO A 30 ABRIL DE 2023

COMPONENTES	No.Act	% AVANCE
Gestion del Riesgo de Corrupcion	8	64%
Racionalización de Trámites	11	62%
Rendición de Cuentas	14	100%
Atención al Ciudadano	21	68%
Transparencia y Acceso de la Información	14	61%
Iniciativas Adicionales	5	54%
TOTAL	73	68%

La secretaria técnica del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, sugiere y solicita que todas las actividades programadas en PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO "PAAC" para que se cumplan para la vigencia 2023. Se adjunta CD

4.12 PLAN ANUAL DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS

La profesional administrativa y financiera socializa el cumplimiento del Plan Anual de Adquisición para la vigencia 2023, en cumplimiento a las necesidades solicitadas por cada área funcional de la ESE Hospital del Rosario, así mismo se evidencia que estas necesidades estas alineadas con el del Plan de Acción vigencia 2023. el cual cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 100% con fecha de corte a 30 de abril del año en curso, tal como se evidencia a continuación

A. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD

Nombre	E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO
Dirección	CARRERA 9 No. 32-50 Km 1 Via Neiva / Campoalegre
Teléfono	(098) 8381481 -8380030
Página web	www.hospitaldelrosario.gov.co



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 33 de 39

Misión y visión	MISION: Somos una ESE acreditada por la UNICEF como Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia – IAMI; que presta servicios de salud de primer nivel con altos estándares de calidad, que garantiza una atención eficaz, efectiva y oportuna a nuestros usuarios. VISION: En el año 2026 seremos, una organización que presta servicios de primer nivel y segundo nivel de atención, reconocidos por el mejoramiento continuo de sus procesos, centrada en el usuario y su familia, fortalecimiento del talento humano, innovadores en la prestación de servicios de salud con auto sostenibilidad económica y rentabilidad social.
Perspectiva estratégica	Se elaboro teniendo como marco los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad dentro de los terminos de calidad, cantidad y oportunidad, acorde con el presupuesto institucional.
Información de contacto	NELSON LEONARDO FIERRO GONZALEZ, GERENTE E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO gerencia@hospitaldelrosario.gov.co
Valor total del PAA	15,972,274,761.00
Límite de contratación menor cuantía	364000000
Límite de contratación mínima cuantía	364000000
Fecha de última actualización del PAA	2023-03-31

Año	Aut.	Fecha de actualización	Valor total PAA	Valor	Fecha de actualización	Valor total PAA	Valor
2023	001-2023	01/01/2023	15,972,274,761.00	15,972,274,761.00	01/01/2023	15,972,274,761.00	15,972,274,761.00
2022	001-2022	01/01/2022	15,972,274,761.00	15,972,274,761.00	01/01/2022	15,972,274,761.00	15,972,274,761.00

La secretaria técnica del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, sugiere y solicita que todas las actividades programadas en el Plan Anual de Adquisición para la vigencia 2023. Se adjunta CD.

La profesional de Mantenimiento de la Infraestructura Física y Dotación Hospitalaria de la ESE, socializa el cumplimiento de las actividades realizadas para el Plan de Mantenimiento de la vigencia 2023, el cual cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 92 % con fecha de corte a 30 de abril del año en curso, tal como se evidencia a continuación

"RECUPERAR TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD"



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

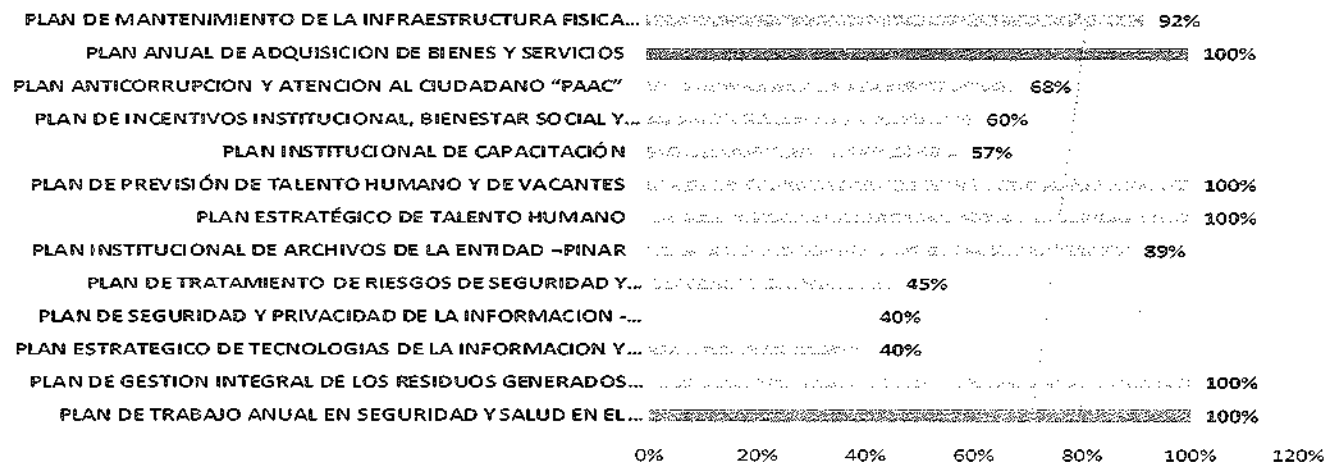
CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 35 de 39

CONCLUSION

Los Planes del Decreto 612 de 2018 que están alineados con el Plan de acción – Pamec vigencia 2023, se evidencia un avance de cumplimiento total del 76% con fecha de corte 30 de abril de 2023, aclarando que hay actividades que tiene fecha de programación para el segundo semestre de esta vigencia.

**CUMPLIMIENTO DEL 76% DECRETO 612 DE 2018 Y PLAN DE ACCION -
PAMEC A 30 DE ABRIL DE 2023**

La secretaria técnica del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, pregunta a los asistentes al comité si aprueban lo expuesto de los planes Institucionales las actividades socializada con fecha de corte 30 de abril de 2023 y que están alineadas al plan de acción y ficha fiel con sus respectivos soportes, el Comité aprueba este punto por unanimidad



ACTA DE COMITE

VIGENCIA: 15-08-2016

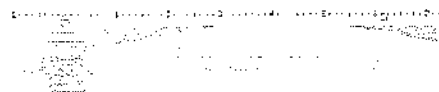
CODIGO: GCA-FO-01

VERSION: 2

Página 36 de 39

5. SOCIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LA ESE HOSPITAL DEL ROSARIO

Finalmente, la Profesional Administrativa realiza la socialización la política Institucional de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre (H), con los integrantes del comité a quienes se les había enviado con anterioridad por correo electrónico institucional el documento, de igual manera informa que Control Interno reviso el procedimiento y lo encontró adecuado, se pone a consideración del Comité para su aprobación, los integrantes del comité no presentan objeción alguna frente al documento Política Institucional de Administración del Riesgo de la ESE y se da por aprobado por unanimidad para que posteriormente se socializado y divulgado en la ESE.



Política Institucional de Administración del Riesgo

E.S.E. Hospital del Rosario
Campoalegre - Huila

INTRODUCCIÓN

La Administración del Riesgo comprende el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, con el fin de identificar, evaluar y manejar los riesgos que se presentan en la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Teniendo en cuenta que la Administración del Riesgo es un proceso que se realiza de manera continua y que requiere de la participación de todos los miembros de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

La presente Política Institucional de Administración del Riesgo tiene como objetivo establecer los principios, normas y procedimientos que rigen la gestión del riesgo en la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila.

Esta Política Institucional de Administración del Riesgo es un documento de carácter estratégico, que define la línea de acción de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, en materia de gestión del riesgo.

La Política Institucional de Administración del Riesgo es un documento de carácter estratégico, que define la línea de acción de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, en materia de gestión del riesgo.

La Política Institucional de Administración del Riesgo es un documento de carácter estratégico, que define la línea de acción de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, en materia de gestión del riesgo.

Fuente

Elaborado por: [Nombre del Elaborador]

Revisado

Revisado por: [Nombre del Revisor]

Fecha

Fecha: [Fecha]

OBJETIVO

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

UNIDAD GESTORA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES
Gerencia General	Gerente General	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Gerencia de Atención al Usuario	Gerente de Atención al Usuario	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Gerencia de Atención al Usuario	Gerente de Atención al Usuario	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Gerencia de Atención al Usuario	Gerente de Atención al Usuario	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Gerencia de Atención al Usuario	Gerente de Atención al Usuario	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Gerencia de Atención al Usuario	Gerente de Atención al Usuario	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Gerencia de Atención al Usuario	Gerente de Atención al Usuario	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Gerencia de Atención al Usuario	Gerente de Atención al Usuario	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Gerencia de Atención al Usuario	Gerente de Atención al Usuario	Elaborar el Plan de Administración del Riesgo de la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, Huila, para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO		
ACTA DE COMITE			
VIGENCIA: 15-08-2016	CODIGO: GCA-FO-01	VERSION: 2	Página 38 de 39

6. PROPOSICIONES Y VARIOS

No hay proposiciones y varios

Hacen parte de esta acta los soportes del Planes Institucionales del Decreto 612 de 2018 que será publicado en la página web de la institución y el documento Política Institucional de Administración del Riesgo de la ESE como los anexos en CD. Se da por terminado la reunión siendo las 5:40 P.M

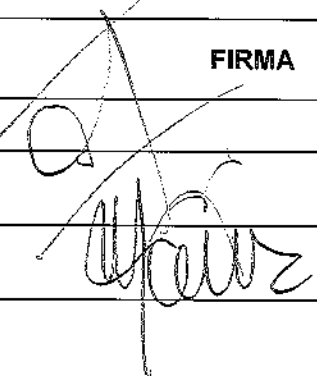
6.PROPOSICIONES Y VARIOS:

En este Comité no se presentaron proposiciones y varios.

COMPROMISOS DE ESTE COMITÉ

DETALLE	RESPONSABLE	FECHA VENCIMIENTO
Realizar Comité de Institucional de Gestión y Desempeño para socializar los avances y soportes de los Planes de Gestión Decreto 612 de 2018 y Formato de Ficha Fiel del Plan de Acción 2023	Profesional Administrativa y financiera	JULIO DE 2023

ASISTENTES A ACTIVIDADES CON VOZ Y VOTO

NOMBRES	CARGO	FIRMA
NELSON LEONARDO FIERRO GONZALEZ	GERENTE	
ESPERANZA GALINDO YUSTRES	PROFESIONAL UNIVERSITARIA TECNICA CIENTIFICA	
MARTHA CECILIA PUENTES ARIAS	PROFESIONAL UNIVERSITARIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO		
	ACTA DE COMITE		
VIGENCIA: 15-08-2016	CODIGO: GCA-FO-01	VERSION: 2	Página 39 de 39

ASISTENTES INVITADOS

NOMBRES	CARGO	FIRMA
LEIDY JOHANNA MORALES	COORDINADORA DE CALIDAD	
HERMINDA KATERINE PUENTES GUZMAN	APOYO AL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	
JENNIFER CALDERON VARGAS	ASESORA A MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	
MARÍA JOSE CUELLAR CUBILLOS	APOYO A TALENTO HUMANO	
DIANA BEDOYA BARCO	ASESORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	
VICTOR ALFONSO RIVERA PARRA	APOYO AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
SAUL ANDRES MURCIA	APOYO PROFESIONAL AREA DE SISTEMA	
JUAN CARLOS GUTIERREZ	ASESOR DE CONTROL INTERNO	



ESE HOSPITAL DEL ROSARIO
"Recuperar tu salud es nuestra prioridad"

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GTH-FO-01

Versión: 05

Fecha: 12-04-2021



TEMA: Socialización de seguimiento Planes Decreto 612 de 2018 y Plan de acción 2023

RESPONSABLE: Nelson Leonardo Fierro Gonzalez

LUGAR: Sala de juntas de la ESE

FECHA: 18 de mayo de 2023

HORA DE INICIO: 2:30 pm

HORA DE FINALIZACIÓN: 5:40 PM.

N° ORDEN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	1031159469	MARIA JOSE CUELLAR CUBILLOS	TALENTO HUMANO	3156492400	talento humano@hospitaldelrosario.gov.co	Maria Jose Cuellar
2	0309350	Victor Alfonso RIVERA P.	Asesor SST	313277437	saludocupacional@hospitaldelrosario.gov.co	Victor Alfonso Rivera
3	109917350	SAUL ANDRES MURCIA	ASESOR SISTEMAS	3177579522	sistemas@hospitaldelrosario.gov.co	Saul Andres Murcia
4	36087682	MARTIN C. RENTAS A	Prof. Adm.	3157334334	admfin@hospitaldelrosario.gov.co	Martin C. Rentas
5	1099180329	HERNANDEZ ALFONSO	ASESOR AMBIENTAL	3209338512	saludocupacional@hospitaldelrosario.gov.co	Hernandez Alfonso
6	3634870	Leidy Morales	Coordinador	3172476961	coordinador@hospitaldelrosario.gov.co	Leidy Morales
7	1117539393	Diana Bedoya Barco	Asesora Gestión Documental	3105777924	archivo central@hospitaldelrosario.gov.co	Diana Bedoya
8	1077873422	Jennifer Calderon U.	Arquitecta	3115262476	jennifer.cald@hospitaldelrosario.gov.co	Jennifer Calderon
9	7953002	Juan Pablo GARCIA B	Control Interno	3105836556	controlinterno@hospitaldelrosario.gov.co	Juan Pablo Garcia
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						



E.S.E. Hospital Del Rosario

Acreditado IAMI

por el Min. de Protección Social - UNICEF - Sec. de Salud del Huila
según Resolución 001244 del 5 de Agosto de 2008
Nit. 891180039-0



Política Institucional de Administración del Riesgo

**E.S.E. Hospital del Rosario
Campoalegre - Huila**

2023

INTRODUCCIÓN

La Administración del Riesgo comprende el conjunto de Elementos de Control y sus Interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales; contribuye a que la ESE consolide su Sistema de Control Interno y a generar una cultura de Autocontrol y autoevaluación al interior de la misma.

Teniendo en cuenta que la administración de riesgos es estratégica para el logro de los objetivos institucionales y de procesos, en este manual se enuncia la política marco de acción que permitirá tomar decisiones relativas a la administración del riesgo, el cual está alineado y armonizado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, la Guía para la Gestión del Riesgo establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública versión 6, el manual para la identificación y cobertura del riesgo en los procesos de contratación y la Norma Técnica sobre Gestión del Riesgo, ISO 31001.

La tendencia más común es la valoración del riesgo como una amenaza; en este sentido, los esfuerzos institucionales se dirigen a reducir, mitigar o eliminar su ocurrencia. No obstante, el riesgo como oportunidad, implica que su gestión está dirigida a optimizar los resultados que este genera.

En tal sentido, la ESE Hospital del Rosario, no es inmune al riesgo, es más, los riesgos de la ESE cambian constantemente y la naturaleza y las consecuencias potenciales que se enfrentan son cada vez más complejas y sustanciales.

La rapidez del cambio, la creciente complejidad de la economía mundial, las expectativas más exigentes de la comunidad, los requerimientos del estado colombiano, el impacto de una posible falla en los controles, los rápidos cambios en las tecnologías y un sin número de otros factores pueden afectar a la ESE, de manera tal que se requiere de una alta y oportuna capacidad, así como de una estructura organizacional preparada.



E.S.E. Hospital Del Rosario

Acreditado IAMI

por el Min. de Protección Social - UNICEF - Sec. de Salud del Huila
según Resolución 001244 del 5 de Agosto de 2008
Nº. 891180039-0



OBJETIVO

Establecer el lineamiento institucional (política) que oriente a todos los niveles de operación de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, (estratégico, misional, apoyo y control) en el adecuado manejo y gestión de los riesgos, con el propósito de controlar los eventos o sucesos que en determinado momento puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y cumplimiento de las metas institucionales del Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, entendiendo por riesgo la posibilidad de ocurrencia de algún evento que tendrá un impacto negativo sobre el cumplimiento de los objetivos.

Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

En la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre podemos encontrar los siguientes grupos de riesgos:

- Riesgos de gestión
- Riesgos de corrupción
- Riesgos administrativos
- Riesgos de seguridad digital

ALCANCE

La Política de Administración del Riesgo es un lineamiento de carácter estratégico, aplicable a los objetivos estratégicos, proyectos, planes y todos los procesos de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, (estratégico, misional, apoyo y control) desde las actividades de identificación de los riesgos, incluyendo el análisis, valoración, monitoreo, seguimiento de los mismos, a los controles para su mitigación y las acciones de intervención, como también la evaluación de su gestión.

RESPONSABILIDAD

Las responsabilidades para lograr el cumplimiento de la política y el despliegue de la metodología institucional están definidas mediante las líneas de defensa del Modelo Integrado - MIPG y en la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, se acogen según la siguiente tabla:

LÍNEA DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES
Estratégica	Alta Dirección Comité Institucional de Control Interno	Analizar los riesgos y amenazas institucionales, que puedan afectar el cumplimiento de los planes estratégicos, así como definir la política de administración del riesgo y el cumplimiento de los planes de la ESE. Aspectos clave: • Evaluar la forma como funciona el Esquema de Líneas de Defensa, incluyendo la línea estratégica. • Definir líneas de reporte (canales de comunicación) en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa. • Definir y evaluar la Política de Administración del Riesgo. La evaluación debe considerar su aplicación en la ESE, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo, riesgos emergentes. • Evaluar la política de gestión estratégica del Talento Humano (forma de provisión de los cargos, capacitación, código de Integridad, bienestar, entre otros).
Primera línea	Servidores públicos en todos los niveles de la ESE.	Mantenimiento efectivo de controles internos, la ejecución de gestión de riesgos y controles en el día a día. Para ello, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos a través del "Autocontrol". Aspectos clave: • Conocer y apropiar las políticas, procedimientos, manuales, protocolos y otras herramientas que permitan tomar acciones para el autocontrol en sus puestos de trabajo. • Identificar riesgos y establecer controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos. • Seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos e institucionales, según corresponda. • Formular planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados. Coordinar con sus equipos de trabajo y/o personal de apoyo, las acciones establecidas en la planeación institucional a fin de contar con Información clave para el seguimiento o autoevaluación aplicada por parte de la 2ª línea de defensa.
Segunda línea	Subdirecciones	Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisar la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces; así mismo, consolidar y analizar Información sobre temas clave para la ESE, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos, todo lo anterior enmarcado en la "autogestión".

		Aspectos clave: • Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la Implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces. • Consolidar y analizar información sobre temas claves para la ESE, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos. • Trabajar de manera coordinada para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno. • Asesorar a la 1ª línea de defensa en temas clave para el Sistema de Control Interno: i) Riesgos y Controles; ii) Planes de Mejoramiento; iii) Indicadores de Gestión; iv) Procesos y Procedimientos. • Establecer mecanismos para la autoevaluación requerida (auditoría interna a sistemas de gestión, seguimientos a través de herramientas objetivas, informes con información de contraste que genere acciones para la mejora).
Tercera línea	Control Interno	Desarrollar su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, relación con entes externos de control y el de evaluación y seguimiento. Aspectos clave: • Asesoría, orientación técnica y recomendaciones frente a la administración del riesgo en coordinación con la Subdirección Administrativa. - Monitoreo a la exposición de la organización al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo. Asesoría proactiva y estratégica a la Alta Dirección y los líderes de proceso, en materia de control interno y sobre las responsabilidades en materia de riesgos. • Informar a la alta dirección y a todos los niveles de la ESE las responsabilidades en materia de riesgos. • Informar los hallazgos y/u observaciones y proporcionar recomendaciones de forma independiente.

MARCO NORMATIVO

AÑO	NORMA	DESCRIPCIÓN
1993	Ley 87	Crea el Sistema Institucional de Control Interno y dota a la administración de un marco para el control de las actividades estatales, directamente por las mismas autoridades.
1998	Ley 489	Fortalece el Control Interno, con la creación del Sistema Nacional de Control Interno.
2001	Decreto Nacional 1537	Provee elementos técnicos y administrativos para fortalecer el Sistema de Control Interno (SCI) Establece la administración del Riesgo y se contempla como parte integral del fortalecimiento de los SCI.
2011	Ley 1474	Estatuto Anticorrupción Artículo 73. "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti-trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
2014	Decreto 943	Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno - MECI a una versión más moderna y de fácil comprensión por parte de las entidades.
2017	Decreto 1499	Articula el Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades. Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (correspondiendo a la 7ª Dimensión de MIPG).
2021 y 2022	Guías	Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas - Versión 4 – Julio de 2021. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Versión 6.

DEFINICIONES:

Modelo De Operación Por Procesos: Es el estándar organizacional que soporta la operación de la ESE pública, integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para el cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales.

Pretende determinar la mejor y más eficiente forma de ejecutar las operaciones de la ESE.

Riesgo: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos.

Se expresa en términos de probabilidad e impacto.

CICCI: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: Medida que modifica el riesgo bien modificando la probabilidad de ocurrencia o el impacto del evento de riesgo (procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones).

CGDI: Comité de Gestión y Desempeño Institucional.

Mapa de Riesgos: Documento que resume los resultados de las actividades de gestión de riesgos, incluye una representación gráfica en modo de mapa de calor de los resultados de la evaluación de riesgos.

MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión

MECI: Modelo Estándar de Control Interno.

Riesgos de Corrupción: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado

Riesgos de Gestión: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Riesgos Seguridad Digital: Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital.

Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales.

Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.



E.S.E. Hospital Del Rosario

Acreditado IAMI

por el Min. de Protección Social - UNICEF - Sec. de Salud del Huila
según Resolución 001244 del 5 de Agosto de 2008
Nº. 891180039-0



Política de Administración del Riesgo: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

Administración del Riesgo: Proceso efectuado por la alta dirección de la ESE y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de planeación.

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

Proyecto de Inversión: Unidad operacional de la planeación para el desarrollo que vincula recursos para resolver problemas o necesidades sentidas de la población. Los proyectos de inversión pública contemplan actividades limitadas en el tiempo, que utilizan total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad de producción o provisión de bienes o servicios por parte del Estado.

Programa: Es una unidad lógica de acciones dirigidas al logro de los objetivos estratégicos.

Plan: Se trata de un modelo sistemático que se elabora antes de realizar una acción, con el objetivo de dirigirla y encauzarla. En este sentido, un plan también es un escrito que precisa los detalles necesarios para realizar una obra.

POLÍTICA:

Teniendo en cuenta la razón de ser de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, su proyección en el futuro, los objetivos estratégicos establecidos y los niveles de responsabilidad frente al manejo de los riesgos, se establece la política general para la administración del riesgo:

La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, se compromete a gestionar con enfoque sistémico, todas las clases de riesgos que puedan impedir el cumplimiento de su misión (prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad y formación del talento humano para la salud), sus objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales, definiendo la metodología propia para su gestión, revisando

continuamente el contexto estratégico, definiendo e implementando controles y acciones de tratamiento y/o barreras de seguridad, garantizando el seguimiento y control como aspecto esencial para la eficiencia y mejoramiento institucional.

DESARROLLO DE LA POLÍTICA:

Antecedentes y Justificación:

La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, inició metodológicamente el proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno y con él un ejercicio continuo para la administración de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de su función pública y que le permita fomentar la cultura del control a todo nivel, ejercicio anual sostenido hasta la fecha y que se mejora continuamente con los ajustes metodológicos.

Con de la entrada en vigencia del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), que integra los sistemas de gestión de la calidad y de desarrollo administrativo, se crea un único sistema de gestión articulado con el sistema de control interno, el cual se actualiza y alinea con los mejores estándares internacionales, como son el modelo COSO 2013, COSO ERM 2017 y el modelo de las tres líneas de defensa.

La Ley 87 de 1993 estableció normas para el ejercicio del control interno en las entidades del estado colombiano y el Decreto 1537 de 2001, definió la "Administración del Riesgo" como uno de los elementos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública. Con el Decreto 943 de mayo de 2014 se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y en el módulo de planeación y gestión incluye la administración del riesgo como uno de los componentes. El Decreto 1083 de 2015 en el capítulo 6 artículo 2.2.21.6.1 adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI), (...)

Desde octubre de 2018, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones presentan la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital", incluidos sus anexos, como una herramienta con enfoque preventivo, vanguardista



E.S.E. Hospital Del Rosario

Acreditado IAMI

por el Min. de Protección Social - UNICEF - Sec. de Salud del Huila
según Resolución 001244 del 5 de Agosto de 2008
Nit. 891180039-0



y proactivo que permitirá el manejo del riesgo, así como el control en todos los niveles de la ESE pública, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos.

Teniendo en cuenta, que el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), presenta en la segunda Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación el propósito es permitirle a la ESE pública, definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

Un requisito básico para emprender un adecuado ejercicio de direccionamiento estratégico y de planeación, es que la ESE tenga claro cuál es el propósito fundamental (misión, razón de ser u objeto social) para el cual fue creada y que enmarca lo que debe o tiene que hacer; para quién lo debe hacer, es decir, a qué grupo de ciudadanos debe dirigir sus productos y servicios (grupos de valor), para qué lo debe hacer, es decir qué necesidades o problemas sociales debe resolver y cuáles son los derechos humanos que debe garantizar como entidad pública; y cuáles son las prioridades identificadas por la ESE, propuestas por la ciudadanía y grupos de valor y fijadas en los planes de desarrollo (nacionales y territoriales), el presupuesto general asignado y, en general, el marco normativo que rige su actuación.

Con base en esto, la ESE debe analizar el contexto interno y externo de la ESE para la identificación de los riesgos y sus posibles causas.

En la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, los documentos antes mencionados se tomaron como referentes para la definición de la metodología institucional de administración del riesgo.

Adicionalmente los desarrollos nacionales alcanzados en los temas Administración Del Riesgo y la Gestión de los Riesgos de Corrupción son motivo para que el Hospital ajuste y mejore la política general y la metodología institucional establecida.

En lo referente a la gestión del riesgo clínico, la institución con base en los lineamientos nacionales para la seguridad del paciente, abordó el tema de seguridad del paciente formulando la primera política institucional y desplegando desde la oficina de gestión de calidad, las metodologías y estrategias relacionadas con el tema.

Se formaliza la política y el programa de seguridad del paciente con un profesional de la salud como referente institucional del proceso.

Se estandariza el "modelo institucional de gestión del riesgo clínico" con el fin de que los servicios de salud tengan una directriz en cuanto a la metodología y componentes del modelo a implementar para la gestión del riesgo en salud.

A finales de 2019, con base en el proceso de Acreditación Institucional se articula la gestión del riesgo clínico con la política y metodología institucional para la gestión del riesgo de La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre.

PRINCIPIOS ORIENTADORES:

Principios Corporativos: Los principios Institucionales de La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, están definidos como reglas o normas generales que rigen el pensamiento, la conducta y orientan la acción de cada servidor y no son negociables, se toman como referente para la actualización de la política y metodología institucional de administración del riesgo Liderazgo y Responsabilidad Social en la prestación de servicios de salud:

- Destacarse por la calidad y un óptimo nivel de desempeño en la prestación de los servicios que se ofrecen en la E.S.E.
- Integrar de modo permanente los procesos y la función pública de la empresa con su entorno social, participando en actividades y eventos comunitarios que promuevan el desarrollo sostenible de la sociedad.

Trabajo en Equipo y Comunicación Asertiva: Emplear el trabajo como una poderosa fuerza transformadora, para así alcanzar los objetivos de la empresa y hacer que ella logre los más altos niveles de productividad y desarrollo.

El éxito de La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, depende, en gran medida, de la compenetración, comunicación y compromiso que puedan existir entre sus empleados para que las actividades fluyan de manera más rápida y eficiente.

Espíritu investigativo e innovación: Para el aprendizaje y crecimiento organizacional, el Hospital establece la investigación e innovación como principio para la construcción y transformación de conocimiento que generará valor agregado a la función pública de la ESE de manera constante y consistente en el tiempo.

El espíritu investigativo e innovación son un hecho causal, que debe formar parte de la cultura de la organización e impregnarse en todas sus áreas para dar un servicio útil a la sociedad y que sea percibido por ella.

Compromiso, seguridad y trato digno al usuario y su familia: Alto grado de identificación de los servidores con la organización y sus metas, en un ambiente con enfoque de seguridad y trato digno que se puede evidenciar a través de cuatro conceptos importantes, lo emocional que se relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información durante la atención de salud, el derecho a contar con un personal comprometido/responsable y una atención oportuna.

Mejoramiento continuo: significa acciones diarias que permitirán que los procesos y la empresa sean más competitivos en la satisfacción del cliente, este principio debe formar parte de la cultura de la organización, y convertirse en una filosofía de vida y trabajo.

Este incidirá directamente en la velocidad del cambio.

Autocontrol: Actitud que debe demostrar todo servidor del Hospital para asumir el control de sus funciones, en el logro de los objetivos y metas Institucionales.

El autocontrol es la distinción o característica especial que debemos agregar como valor personal a nuestro trabajo diario, somos lo que hacemos cada día, por consiguiente, debe convertirse en un hábito, lo cual implica realizar las cosas de manera correcta.

Sostenibilidad y desarrollo institucional: Principios en permanente construcción y que resultan de la relación activa del Hospital con el entorno, como de varias facetas de la vida institucional, entre ellas: una oferta de servicios de salud adecuada, la gestión de recursos acordes con la oferta y la transparencia; que generan confianza y el impacto de las acciones de desarrollo, concebidas como parte de procesos que trascienden a la propia organización.

Perfeccionar nuestros procesos y servicios, a través de una mejora continua, para lograr eficacia, eficiencia y productividad buscando alcanzar la excelencia, en beneficio y satisfacción de nuestro personal y clientes.

Mística, vocación y formación: El servidor comprometido multidimensionalmente, desempeñando un rol protagónico, que lo perfeccione moral, profesional, social y económicamente.

CULTURA DE CALIDAD:

Además de los principios corporativos de la E.S.E. para la definición de este lineamiento, se tendrán en cuenta como principios reguladores de la gestión del riesgo:

Autorregulación: Capacidad de cada una de las organizaciones para desarrollar y aplicar en su interior métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno, en concordancia con la normatividad vigente.

Autogestión: Capacidad de toda organización pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la ley y sus reglamentos.

Enfoque de Riesgo: Las políticas y procedimientos de la ESE promoverán en los diferentes niveles de operación el desempeño institucional con enfoque en la gestión del riesgo.

Multicausalidad: Considerando que los riesgos son un problema sistémico y multicausal, la organización promoverá la integración de las diversas políticas y procesos institucionales para la gestión y control del riesgo.

Gestión clínica excelente y segura: La prestación del servicio en salud tiene como meta de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.

EJES DE LA POLÍTICA:

Siendo la Administración del Riesgo uno de los componentes de la Dimensión No.2 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG está, conformada en su estructura por cinco elementos de control como son:

1. Contexto estratégico
2. Identificación de riesgos
3. Análisis de riesgos
4. Valoración de riesgos
5. Lineamientos específicos de administración de riesgos

Su mirada sistémica contribuye a que la ESE no sólo garantice la gestión institucional y el logro de los objetivos, sino que fortalece el ejercicio del Control Interno.

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO:

Se determinan las características o aspectos internos y externos del entorno en el cual opera el Hospital y que se han de tomar en consideración para la administración del riesgo.

A partir de los factores que se definan es posible establecer las causas de los riesgos a identificar.

Se debe establecer el contexto interno, externo del Hospital y el contexto del proceso o servicio de salud.

2. IDENTIFICACION DE RIESGOS:

Se realiza determinando las causas o fuentes que dan origen al riesgo y los eventos identificados en el análisis del contexto de la ESE y el proceso o servicio de salud, que pueden afectar el logro de los objetivos.

En esta fase, debe centrarse en los riesgos más significativos para la ESE y/o proceso, relacionados con el logro de los objetivos estratégicos y de los procesos.

En el caso de riesgos de corrupción se deben aplicar la matriz de definición de riesgo de corrupción, con la cual se incorpora y valida cada uno de los componentes de su definición, como son: Acción u omisión, Uso del poder, Desviar la gestión de lo público, Beneficio privado.

3. ANALISIS DEL RIESGO:

La calificación del riesgo se establece estimando la probabilidad de ocurrencia y el impacto. Para establecer la probabilidad se considera cuantas veces el riesgo se ha presentado en un determinado periodo de tiempo o la factibilidad de que se presente, teniendo en cuenta la presencia de factores internos o externos que generan el riesgo.

De acuerdo al grupo de riesgos a analizar (de gestión, clínico, seguridad digital y corrupción) se deben utilizar las tablas que contienen los criterios para calificar la probabilidad y el impacto.

4. VALORACION DEL RIESGO:

El objetivo es determinar el nivel o grado de exposición de la institución y del proceso o servicio de salud a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

La valoración del riesgo requiere de una evaluación de los controles existentes, busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial (o riesgo inherente) frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (riesgo residual).

5. LINEAMIENTOS ESPECIFICOS PARA LA ADMINISTRACION DE RIESGOS:

a. El Proceso de Direccionamiento Estratégico de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, asume la administración del riesgo como un componente esencial para el control y cumplimiento de los objetivos institucionales, en este sentido la gestión del riesgo es transversal y fundamental en la gestión institucional y en la eficiencia y efectividad del modelo de operación por procesos adoptado por la Empresa Social del Estado.

b. Acompañan la política institucional para la Administración del riesgo, un conjunto de políticas o directrices específicas que se deben aplicar en los cuatro niveles de operación, como son: Estratégico, Misional, Apoyo y Control.

c. El Hospital adopta los siguientes criterios para el manejo de los riesgos, según la zona de ubicación del riesgo residual, el cual se obtiene posterior a la valoración de los controles.

En Zona de Riesgo Baja: Asumir el riesgo.

En zona de Riesgo Moderada: Asumir el riesgo o reducir el riesgo.

En zona de Riesgo Alta: Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo.

En zona de Riesgo Extrema: Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo.

d. En la institución se deben priorizar para la implementación de controles, aquellos riesgos residuales que en la fase de valoración queden ubicados en las zonas de riesgo alta y extrema.

e. Todos los riesgos identificados deben tener controles efectivos definidos e implementados.

f. Los controles implementados en el proceso o servicios de salud deben ser principalmente preventivos y fundamentarse en el análisis sistémico de las causas que generan el riesgo y reconociendo aquellas que se presenten por factores internos.

g. Para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con que un control esté bien diseñado, el control debe ejecutarse por parte de los responsables tal como se diseñó.

h. La ESE debe garantizar las medidas y los recursos requeridos para el mantenimiento y/o fortalecimiento de los controles que demuestren ser efectivos y para los que no existen y deban diseñarse e implementarse.

i. La Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, debe garantizar los recursos necesarios para el fortalecimiento de los controles, la ejecución de acciones de tratamiento establecidas en los mapas de riesgos y la implementación de herramientas que permitan monitorear el comportamiento de los riesgos.

j. La Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, debe emitir las políticas necesarias para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

k. La Oficina responsable de la Planeación promoverá y liderará el análisis del Contexto Estratégico y la articulación de la administración del riesgo con la planificación institucional.

l. Cada Jefe de Oficina Coordinadora, líder de proceso, coordinador de servicio de salud tiene la responsabilidad de aplicar al menos una vez al año la metodología establecida por el Hospital, para la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos, que puedan afectar el desarrollo de las actividades del proceso o el logro de los objetivos propuestos.

El mapa de riesgos obtenido del trabajo de cada líder y su grupo, es insumo para la institución, por lo tanto debe ser enviada a la Oficina responsable de la Planeación Institucional, si se trata de un proceso estratégico, administrativo o de control y a la Subgerencia de Servicios de Salud – Asistencial y al programa de seguridad del paciente si se trata de un proceso misional.

m. Cada líder de proceso debe definir las acciones necesarias para el tratamiento de los riesgos, de acuerdo a la zona de riesgo obtenida en la fase de valoración, teniendo en cuenta los criterios de tratamiento expuestos.

n. Es responsabilidad de los líderes de proceso asegurar el fortalecimiento y mejoramiento de los controles definidos e implementados y socializar con su grupo de trabajo, el mapa de riesgos del proceso, el institucional, la política y metodología establecida para la Administración del Riesgo.

o. Permanentemente, todos los funcionarios deben realizar el autocontrol en el desempeño de sus funciones, conocer y adherirse a las políticas de administración del riesgo y aplicar los controles efectivos, de acuerdo a su competencia y rol en el proceso al que pertenece.

p. Control Interno o quien haga sus veces debe realizar la valoración de los controles establecidos por la ESE y los procesos, evaluando su pertinencia y efectividad, como

también, debe asesorar en la materia (diseño de controles) y emitir los informes oportunos que le permitan a la Alta Gerencia tomar decisiones para fortalecer la gestión del riesgo.

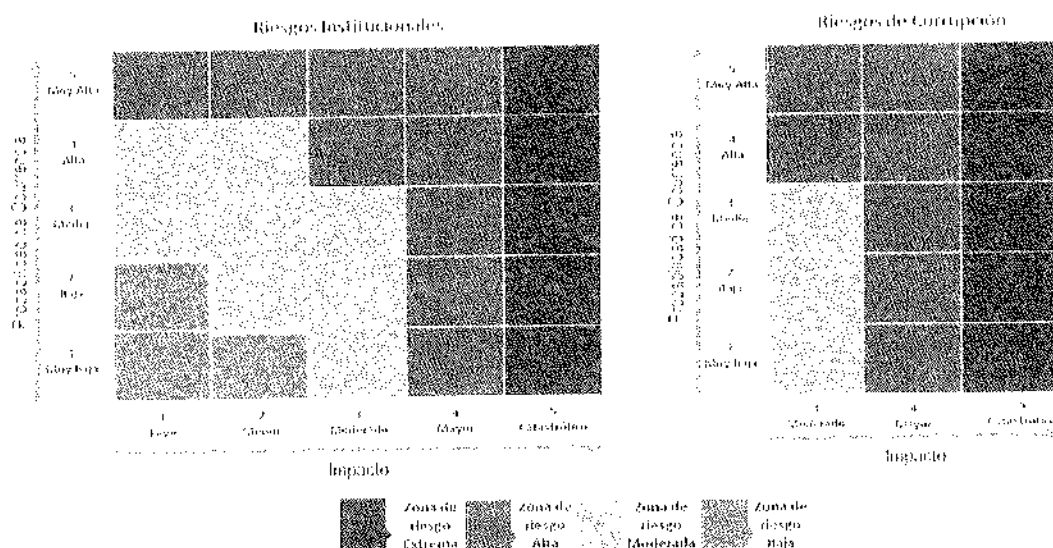
q. Las políticas y metodologías específicas para la gestión de los riesgos clínicos, se encuentran definidas en el modelo de gestión del riesgo clínico estandarizado por el Hospital, modelo que anualmente será revisado y ajustado (de ser necesario) por la Subgerencia de Servicios de Salud – Asistencial y la Oficina de Seguridad del Paciente.

r. La identificación y evaluación de los riesgos clínicos, se realizarán de forma transversal con la participación de los procesos misionales que compartan características de prestación.

NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO O TOLERANCIA AL RIESGO:

Se determina que para los riesgos residuales de gestión y seguridad digital que se encuentren en zona de riesgo baja, está dispuesto a aceptar el riesgo y no se requiere la documentación de planes de acción, sin embargo, se deben monitorear conforme a la periodicidad establecida.

Para los riesgos de corrupción no hay aceptación del riesgo, siempre deben conducir a formular acciones de fortalecimiento.



Matriz de calificación de nivel de severidad del riesgo, DAFP

TRATAMIENTO DE RIESGOS:

El tratamiento de riesgos, es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo los riesgos de Corrupción. A la hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de lo que establezca la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la ESE, la probabilidad e impacto del riesgo y la relación costo beneficio de las medidas de tratamiento.

En caso de que una respuesta ante el riesgo, derive en un riesgo residual que supere los niveles aceptables para la dirección, se deberá volver a analizar y revisar dicho tratamiento.

En todos los casos para los riesgos de corrupción, la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo.

OPCIÓN PARA EL MANEJO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN
EVITAR EL RIESGO	Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.
REDUCIR EL RIESGO	Implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección). La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de los controles.
COMPARTIR O TRANSFERIR EL RIESGO	Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. <i>Ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.</i>
ACEPTAR EL RIESGO	Luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido, puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el responsable del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

Zona de Riesgo y Tratamiento:

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgos de Gestión y seguridad digital	Baja	Se ACEPTA el riesgo y se administra por medio de las actividades propias del proceso o procedimiento asociado y se realiza en el reporte bimensual de su desempeño.
	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo, se hace monitoreo BIMENSUAL.
	Alta y Extrema	Se adoptan medidas para REDUCIR O COMPARTIR la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos, esto conlleva a la implementación de controles.
Riesgos de Corrupción	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Periodicidad BIMESTRAL de monitoreo para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos.
	Alta y Extrema	Se adoptan medidas para: REDUCIR la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles. EVITAR Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, decidiendo no iniciar o no continuar con la actividad que causa el riesgo. TRANSFERIR O COMPARTIR una parte del riesgo para reducir la probabilidad o el impacto del mismo. Periodicidad BIMENSUAL de monitoreo para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos.

En el caso en que el riesgo residual se sitúe en las zonas Extremas, Altas y Moderadas, se deben definir acciones de contingencia que permitan hacer un tratamiento adecuado en caso de que estos riesgos se materialicen.

PROBABILIDAD:

Por PROBABILIDAD se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo, ésta puede ser medida con criterios de Frecuencia o Factibilidad. Bajo el criterio de FRECUENCIA se analizan el # eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo. Bajo el criterio de

FACTIBILIDAD se analiza la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado pero es posible que se dé.

Nivel de calificación de probabilidad para riesgos de corrupción:

NIVEL		PROBABILIDAD	DESCRIPCIÓN
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Más de 1 vez al año.
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Al menos 1 vez en el último año.
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años.

IMPACTO:

Se adopta la siguiente tabla con los criterios para calificar el Impacto – riesgos de gestión. El impacto se debe analizar y calificar a partir de las consecuencias identificadas en la fase de descripción del riesgo.

Calificación de impacto para riesgos de proceso:

NIVEL	IMPACTO	DESCRIPCIÓN ECONÓMICA O PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN REPUTACIONAL
100%	Catastrófico	Pérdida económica superior a 1500 SMLV	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel internacional.
80%	Mayor	Pérdida económica de 319 hasta 1500 SMLV	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Nacional o Territorial.
60%	Moderado	Pérdida económica de 21 hasta 318 SMLV	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Local o Sectores Administrativos.
40%	Menor	Pérdida económica de 11 hasta 20 SMLV	De conocimiento general de la ESE a nivel interno, Dirección General, Comités y Proveedores.
20%	Leve	Pérdida económica hasta 10 SMLV	Solo de conocimiento de algunos funcionarios.

La calificación del impacto para los riesgos de corrupción en la ESE, se realiza aplicando la siguiente tabla de valoración establecida por Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica.

Cada riesgo identificado es valorado de acuerdo con las preguntas, la tabla y la calificación obtenida se compara con la tabla de medición de impacto de riesgo de corrupción para obtener el nivel de impacto del riesgo.

Calificación del Impacto para los riesgos de Corrupción:

No.	PREGUNTA	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la ESE?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la ESE?		
5	¿Generar pérdida de confianza de la ESE, afectando su reputación?		
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?		
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?		
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos?		
9	¿Generar pérdida de información de la ESE?		
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía u otro ente?		
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?		
14	¿Dar lugar a procesos penales?		
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		
17	¿Afectar la imagen regional?		
18	¿Afectar la imagen nacional?		
19	¿Generar daño ambiental?		

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	RESPUESTAS AFIRMATIVAS
1	Moderado	Genera medianas consecuencias sobre la ESE.	1 a 5
2	Mayor	Genera altas consecuencias sobre la ESE.	6 a 11
3	Catastrófico	Genera consecuencias desastrosas para la ESE.	12 a 19

Criterios para la evaluación de impacto de pérdida de continuidad:

La determinación de las prioridades de recuperación de servicios en caso de materialización de escenarios de pérdida de continuidad de negocio se realiza mediante la valoración del impacto percibido por los líderes de los procesos. Mediante mesa de trabajo los participantes califican los impactos en cada variable y definen el orden de recuperación de los servicios asignando la secuencia de reactivación de los mismos primero a los servicios con mayor impacto y de manera secuencia a los servicios con menor impacto percibido.

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Financiero	Nivel de pérdidas económicas
Reputacional	Nivel de pérdida de la confianza de los grupos de valor en la ESE
Legal / Regulatorio	Nivel de incumplimiento de normas y regulaciones a las que está sometida la ESE
Contractual	Impactos asociados al incumplimiento de cláusulas en obligaciones contractuales
Misional	Nivel de incumplimiento o impacto percibido por imposibilidad de cumplir los objetivos y obligaciones misionales.

Acciones ante los riesgos materializados:

Cuando se materializan riesgos identificados en la matriz de riesgos institucionales se deben aplicar las acciones descritas en la tabla "acciones de respuesta a riesgos".

TIPO DE RIESGOS	RESPONSABLE	ACCIÓN
Riesgo de Corrupción	Líder de Proceso	- Informar a la Profesional Administrativa y Financiera como segunda línea de defensa en el tema de riesgos sobre el posible hecho encontrado y marcar en el SGI la alerta de posible materialización. - Una vez surtido el conducto regular establecido por la ESE y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario. - Identificar las acciones correctivas necesarias y documentarlas en el plan de mejoramiento. - Efectuar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora. - Revisar los controles existentes y actualizar el mapa de riesgos.

Riesgos de Gestión y Seguridad digital	Oficina de Control Interno	- Informar al líder del proceso y a la segunda línea de defensa, quienes analizarán la situación y definirán las acciones a que haya lugar. - Una vez surtido el conducto regular establecido por la ESE y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario. - Informar a discreción los posibles actos de corrupción al ente de control.
	Líder de Proceso	- Informar a la Profesional Administrativa y Financiera como segunda línea de defensa, el evento o materialización de un riesgo. - Proceder de manera inmediata a aplicar el plan de contingencia o de tratamiento de incidentes de seguridad de la información que permita la continuidad del servicio o el restablecimiento de este (si es el caso) y documentar en el plan de mejoramiento. - Realizar los correctivos necesarios frente al cliente e iniciar el análisis de causas y determinar acciones correctivas, preventivas, y de mejora, así como la revisión de los controles existente, documentar en el plan de mejoramiento institucional y actualizar el mapa de riesgos. - Dar cumplimiento al plan de mejoramiento.
	Oficina de Control Interno	- Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado. - Informar a la segunda línea de defensa con el fin de facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos. - Verificar que se tomen las acciones y se actualice el mapa de riesgos correspondiente. - Si la materialización de los riesgos es el resultado de una auditoría realizada por Control Interno, esta verificará el cumplimiento del plan de mejoramiento y realizará el seguimiento de acuerdo con el procedimiento.

Seguimiento al mapa de riesgos y controles:

TIPO DE RIESGOS	ZONA DE RIESGO RESIDUAL	ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO - CONTROLES
Riesgos de Gestión, y Seguridad digital	Baja	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad SEMESTRAL y se reportan sus avances.
	Moderado	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad TRIMESTRAL y se reportan sus avances.

	Alta	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad BIMESTRAL y se reportan sus avances.
	Extrema	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad MENSUAL y se reportan sus avances.
Riesgos de Corrupción	Todos los riesgos de corrupción, independiente de la zona de riesgo en la que se encuentran debe tener un seguimiento MENSUAL y se reportan sus avances.	

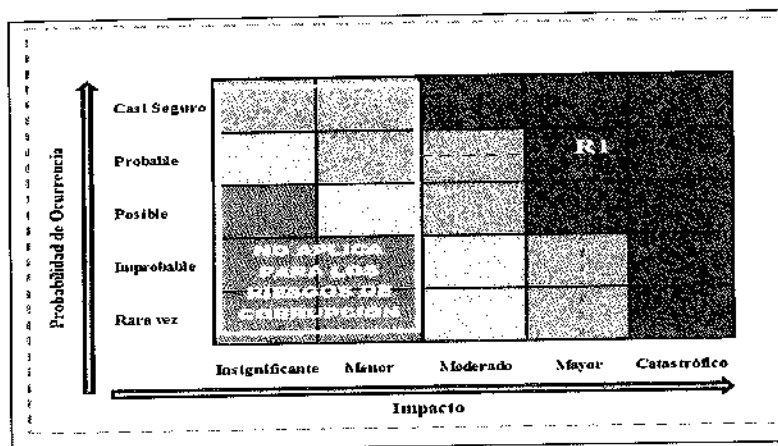
Estrategia de seguimiento al plan de acción:

TIPO DE RIESGOS	ZONA DE RIESGO RESIDUAL O SEVERIDAD	ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO PLAN DE ACCIÓN
Riesgos de Gestión, y Seguridad digital	Baja	No se debe realizar plan de acción por que está dentro del nivel de aceptación del riesgo.
	Moderada Alta Extrema	El líder del proceso define acciones que permita mitigar el riesgo residual. Así mismo, determina la fecha de inicio y finalización de estas y establece los seguimientos que va a realizar durante la ejecución de la acción correspondiente a su avance, el cual se debe reportar junto con el seguimiento al mapa de riesgo y controles. Después de haber implementado la acción debe realizar un seguimiento con el fin de evaluar la efectividad del plan de acción.

MAPA DE CALOR:

Para poder identificar la zona de riesgo se utilizará el siguiente mapa de calor que cruza la probabilidad y el impacto determinados tanto para los riesgos inherentes como para los residuales. Se hará con base en el siguiente mapa de calor.

Nota: Para determinar la valoración de cada riesgo del proceso de contratación deben sumar las valoraciones de probabilidad e impacto, para obtener la valoración total del Riesgo.



Fuente: Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República

		Impacto				
Calificación Cualitativa		Obstruye la ejecución del contrato de manera insignificante.	Dificulta la ejecución del contrato de manera baja, aplicando medidas mínimas se pueden lograr el objeto contractual.	Afecta la ejecución del contrato sin alterar el beneficio para las partes.	Obstruye la ejecución del contrato sustancialmente pero aun así permite la consecución del objeto contractual.	Perturba la ejecución del contrato de manera grave imposibilitando la consecución del objeto contractual.
Calificación Monetaria		Los sobrecostos no representan más del uno por ciento (1%) del valor del contrato.	Los sobrecostos no representan más del cinco por ciento (5%) del valor del contrato.	Genera un impacto sobre el valor del contrato entre el cinco (5%) y el quince por ciento (15%).	Incrementa el valor del contrato entre el quince (15%) y el treinta por ciento (30%).	Impacto sobre el valor del contrato en más del treinta por ciento (30%).
Categoría	Valoración	Insignificante 1	Menor 2	Moderado 3	Mayor 4	Catastrófico 5
Probabilidad	Raro (puede ocurrir excepcionalmente)	1	2	3	4	5
	Improbable (puede ocurrir ocasionalmente)	2	3	4	5	6
	Posible (puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	4	5	6	7
	Probable (probablemente va a ocurrir)	4	5	6	7	8
	Casi cierto (ocurre en la mayoría de circunstancias)	5	6	7	8	9
						10

Valoración del Riesgo:

Valoración del Riesgo	Categoría
8, 9 y 10	Riesgo extremo
6 y 7	Riesgo alto
5	Riesgo medio
2, 3 y 4	Riesgo bajo

CONTROL FISCAL:

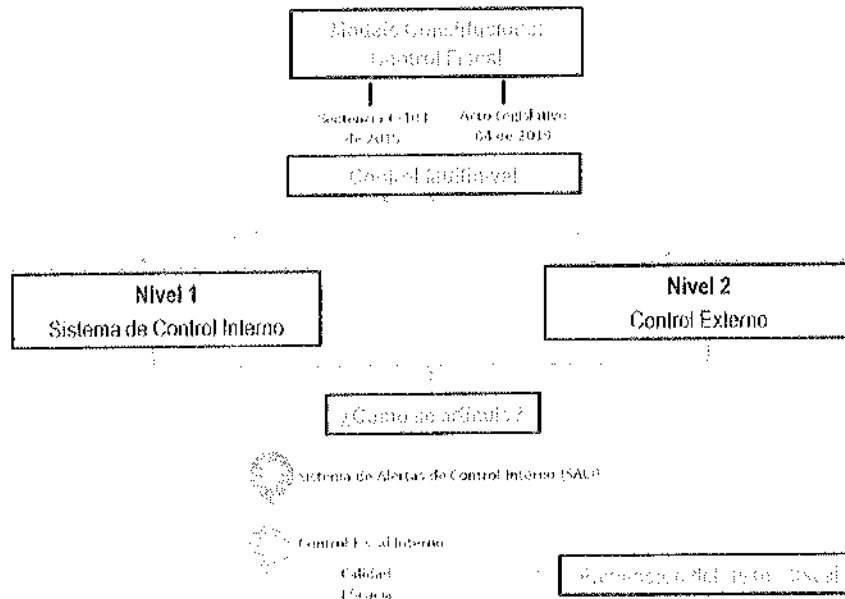
El control fiscal además de posterior y selectivo a través de las auditorías (control interno), es preventivo y concomitante, buscando con ello el control permanente al recurso público, para lo cual, una de las herramientas previstas es la articulación con el sistema de control interno, con lo cual surgen conceptos clave como:

- **Control fiscal Multinivel:** Es la articulación entre el sistema de control interno (primer nivel de control) y el control externo (segundo nivel de control), con la participación activa del control social.
- **Control fiscal Interno (CFI):** Primer nivel para la vigilancia fiscal de los recursos públicos y para la prevención de riesgos fiscales y defensa del patrimonio público. El Control Fiscal Interno, hace parte del Sistema de Control Interno y es responsabilidad de todos los servidores públicos y de los particulares que administran recursos, bienes, e intereses patrimoniales de naturaleza pública y de las líneas de defensa, en lo que corresponde a cada una de ellas. El Control Fiscal Interno es evaluado por la Contraloría respectiva, siendo dicha evaluación determinante para el fenecimiento de la cuenta.

En el nuevo modelo constitucional el control externo adquiere un enfoque preventivo y a su vez el control interno potencia el enfoque preventivo, partiendo de la premisa de que el Sistema de Control Interno es fundamental para conjugar el logro de resultados, con la prevención de riesgos de gestión, corrupción y fiscales, así como, con la seguridad del gestor público (jefes de entidad, ordenadores y ejecutores del gasto, tesoreros, estructuradores y

responsables de la planeación contractual, supervisores, responsables de labores de cobro, entre otros), a través de la prevención de responsabilidades.

Articulación modelo constitucional control fiscal y sistema de control interno:



Riesgo Fiscal:

Efecto dañoso sobre recursos públicos o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

Los elementos que componen la definición de riesgo fiscal:

Efecto: es el daño que se generaría sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, en caso de ocurrir el evento potencial.

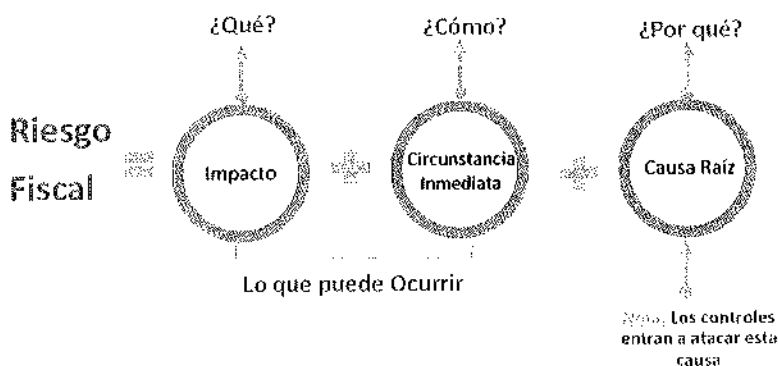
Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

Riesgo Fiscal = Evento Potencial (Potencial Conducta) + Efecto dañoso

Paso 1: Identificación de Riesgos Fiscales

Los puntos de riesgo fiscal son todas las actividades que representen gestión fiscal, así mismo, se deben tener en cuenta aquellas actividades en las cuales se han generado advertencias, alertas, hallazgos fiscales y/o fallos con responsabilidad fiscal.

Estructura propuesta por el DAFP para la redacción de riesgos fiscales es la siguiente:



Paso 2: Valoración del riesgo fiscal

Evaluación de riesgos: Se busca establecer la probabilidad inherente de ocurrencia del riesgo fiscal y sus consecuencias o impacto inherentes.

Probabilidad: Es la posibilidad de ocurrencia del riesgo fiscal, se determina según al número de veces que se pasa por el punto de riesgo fiscal en el periodo de 1 año, es decir, el número de veces que se realizan las actividades que representen gestión fiscal.

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Impacto: Considerando la naturaleza y alcance del riesgo fiscal, éste siempre tendrá un impacto económico, toda vez que el efecto dañoso siempre ha de recaer sobre un bien, recurso o interés patrimonial de naturaleza pública.

Toda potencial consecuencia económica sobre los bienes, recursos o intereses patrimoniales públicos, es relevante para la adecuada gestión fiscal y prevención de riesgos fiscales, sin perjuicio de ello, existen diferentes niveles de impacto, según la valoración del potencial efecto dañoso, es decir, del potencial daño fiscal, se aplicará la siguiente tabla:

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor 40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Determinación del nivel de riesgo inherente:

A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo inicial (riesgo inherente), se trata de determinar los niveles de severidad, para lo cual se aplica la siguiente matriz:

	Impacto					
Probabilidad	May Alta 100%					Extrema
	Alta 80%					Alta
	Media 60%					Moderado
	Baja 40%					Baja
	Muy Baja 20%					
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%



E.S.E. Hospital Del Rosario

Acreditado IAMI

por el Min. de Protección Social - UNICEF - Sec. de Salud del Huila
según Resolución 001244 del 5 de Agosto de 2008
Nº. 891180039-0



Paso 3. Valoración de controles:

Como medio para propiciar el logro de los objetivos, las actividades de control se orientan a prevenir y detectar la materialización de los riesgos.

Tipologías de controles:

Control Preventivo: Control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad en la que potencialmente se origina el riesgo fiscal (punto de riesgo). Estos controles buscan establecer las condiciones que aseguren atacar la causa raíz y así evitar que el riesgo se concrete.

Control Detectivo: Control accionado durante la ejecución de la actividad en la que potencialmente se origina el riesgo fiscal (punto de riesgo). Estos controles detectan el riesgo fiscal, pero generan reprocesos.

Control Correctivo: Control accionado en la salida de la actividad en la que potencialmente se origina el riesgo fiscal (punto de riesgo) y después de que se materializa el riesgo fiscal. Estos controles tienen costos implícitos.

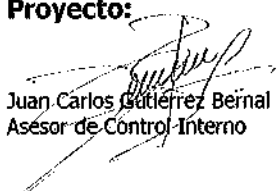
Para el análisis y evaluación de los controles se analizan los atributos para el diseño del control, teniendo en cuenta características relacionadas con la eficiencia y la formalización.

Documento de aprobación: Acta N° 003 del 18 de mayo de 2023, del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Aprobado:

Nelson Leonardo Fierro González
Gerente

Proyecto:


Juan Carlos Gutiérrez Beñal
Asesor de Control Interno