

**FECHA DE INFORME: 31 DE ENERO DE 2022.**

**TEMA DE SEGUIMIENTO: INFORME DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO POR DEPENDENCIA.**

**VIGENCIA EVALUADA: 2021**

## **INTRODUCCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el artículo 9° de la Ley 87 de 1993, le corresponde a la Oficina de Control interno, «medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos)). Y en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

De igual forma teniendo en cuenta que el artículo 60 del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control interno en cada entidad «Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos), mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales.

La Ley 909 de 2004 por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones, en su artículo 39 establece Que: «El Jefe de Control interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento»,

Así mismo, la Circular No. 04 de 2005 mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 establece que: ((El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las

dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo: b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados: c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional. contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno».

De acuerdo a lo anterior, a continuación, se presenta el informe de la gestión por dependencias, el cual tiene como referente el reporte de avance del plan de acción y resultado de los indicadores de gestión de la vigencia 2021, consolidado por la oficina asesora de planeación o calidad, en dicho informe se presenta la manera resumida el cumplimiento obtenido por cada dependencia o proceso, conforme a los compromisos y metas establecidas para la vigencia 2020.

#### **ALCANCE.**

Se sustenta en el análisis y evaluación de la gestión adelantada por los responsables de cada proceso, conforme a los compromisos y metas definidas en el plan de acción para la vigencia 2021.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos.

#### **OBJETIVO.**

Practicar la evaluación a la gestión Institucional de la E.S.E. con corte al 31 de diciembre de la presente vigencia 2021, para verificar el cumplimiento de los compromisos definidos por cada proceso tanto del plan de acción, como los indicadores de gestión de la vigencia 2021, generando recomendaciones que contribuyan a fortalecer la mejora continua de los procesos.

#### **EVALUACION DE LA GESTION POR DEPENDENCIA**

A continuación se presenta la evaluación anual por procesos y/o dependencias de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, al que hemos hecho referencia para verificar el porcentaje de cumplimiento de los planes, proyectos, metas e indicadores, respecto al año anterior, de manera tal que se entiende como parte integrante del informe ejecutivo anual de evaluación del sistema de control interno, que debe remitir el jefe de la oficina de control interno, a los representantes legales y jefe de las entidades del estado.

Como quiera que el informe de evaluación institucional es anual, en tanto se busca hacerlo consistente con la planeación institucional, dicho informe solo será tenido en

cuenta como referente en la evaluación final de los servidores públicos de carrera administrativa.

### PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

Conforme al análisis de cumplimiento del plan de acción 2021 de la E.S.E. efectuado por la Oficina de Control Interno al proceso de gestión administrativa, se evidenció que se ejecutaron en su totalidad las siguientes acciones.

1. ELABORAR PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO.
2. ELABORAR PLAN OPERATIVO ANUAL.
3. REALIZAR REUNIONES COMITÉ DE GESTION.
4. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION DE MIPG.
5. PUBLICAR EN LA PAGINA WEB, LA INFORMACION RELACIONADA CON LOS RESULTADOS Y AVANCES DE LA GESTION INSTITUCIONAL.
6. PUBLICAR EN CARTELERA DATOS EN INFORMACION DE LA ENTIDAD.
7. DISEÑAR LA ESTRUCTURA, ALCANCE Y PLAN DE TRABAJO DE LA ESTRATEGIA RENDICION DE CUENTAS.
8. DISEÑAR LA ESTRUCTURA, ALCANCE Y PLAN DE TRABAJO DE LA ESTRATEGIA RENDICION DE CUENTAS.
9. ELABORAR Y PUBLICAR PIEZAS COMUNICATIVAS QUE TRASMITAN A LOS FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD Y USUARIOS LA IMPORTANCIA Y LA RESPONSABILIDAD FRENTE A LA RENDICION DE CUENTAS.
10. REALIZAR INFORME DE RESULTADOS E IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA.
11. PUBLICAR EN LA PAGINA WEB Y SUPERINTENDENCIA EL INFORME DE RESULTADOS

Se observó una ejecución del 100% teniendo en cuenta que se cumplieron, al 100% de la meta propuesta para la vigencia evaluada.

BUENO	100 - 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0

### PROCESO DE GESTION DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Acciones propuestas para el proceso de gestión de la calidad y seguridad del paciente fueron las siguientes.

1. IMPLEMENTAR ACCIONES DEL PAMEC.
2. REALIZAR AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PAMEC
3. REALIZAR ANÁLISIS MENSUAL DE INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES, LEVANTAR ACCIONES CORRECTIVAS EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO.
4. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS
5. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE RACIONALIZACION DE TRAMITES REGISTRADOS EN EL SUIT.
6. REALIZAR SEGUIMIENTO A TRAVES DE AUDITORIAS AL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITES.
7. TOMAR ACCIONES CORRECTIVAS EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO DE LOS COMITÉS.
8. EVALUAR LA EFICACIA DE LA IMPLEMENTACIÓN PLAN DE MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS

Se observó una ejecución del 100% de las metas operacionales de la vigencia evaluada.

BUENO	100 - 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0

#### GESTION DEL SIAU.

Se puede evidenciar un cumplimiento del 100% de las acciones establecidas para el año 2020 en el proceso de gestión del SIAU que fueron las siguientes.

1. ACTUALIZAR APLICATIVO PQRSF E INCLUIR INDICADOR DE EFECTIVIDAD EN LAS RESPUESTAS A LAS PQRSF Y SATISFACCIÓN DE LAS RESPUESTAS
2. IMPLEMENTAR MECANISMO DE REGISTRO, MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS RESPUESTAS DE LAS PQRSF.
3. REALIZAR ANÁLISIS MENSUAL DE INDICADORES DEL SIAU, PQRS Y REPORTAR MENSUALMENTE A CALIDAD Y CONTROL INTERNO.

Se observó que se cumplieron al 100% las metas operacionales de la vigencia evaluada.

BUENO	100 - 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0

#### GESTION ASISTENCIAL.

De acuerdo al análisis efectuado por la oficina de Control Interno en cumplimiento del plan de acción trazado para la vigencia 2021, se pudo evidenciar que se logró una ejecución del 83% de las metas trazadas en el proceso asistencial que relacionamos a continuación.

1. REALIZAR ANÁLISIS DE MODOS EFECTOS Y FALLAS DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES
2. SOCIALIZAR A LOS PROFESIONALES ASISTENCIALES Y COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL AMEF
3. SOCIALIZAR GPC DE URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN.

BUENO	100 - 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0

### GESTION DE APOYO DIAGNOSTICO.

Acciones propuestas para el proceso de GESTION DE APOYO DIAGNOSTICO vigencia 2021, fueron las siguientes:

1. LEVANTAR ANÁLISIS DE MODOS EFECTOS Y FALLAS EN APOYO DIAGNOSTICO
2. SOCIALIZAR A LOS PROFESIONALES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL AMEF
3. SOCIALIZAR PROTOCOLOS DEL LABORATORIO CLÍNICO

Se evidencia un cumplimiento del 83% de ejecución de las acciones proyectadas en este proceso.

BUENO	100 - 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0

### GESTION DOCUMENTAL.

De acuerdo al análisis realizado al plan de acción ejecutado con corte al 31 de diciembre de 2021, se observó que las acciones proyectadas, arroja una calificación de cumplimiento del 75%.

1. ACTUALIZAR POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL
2. IMPLEMENTAR TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL
3. SOCIALIZAR MANEJO DE TABLAS DE TRD A JEFES DE PROCESO
4. ACTUALIZAR PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO



<b>BUENO</b>	100 - 90
<b>REGULAR</b>	89.9 - 60
<b>MALO</b>	59.9 - 0

#### **GESTION AMBIENTAL.**

De acuerdo al análisis realizado al plan de acción ejecutado con corte al 31 de diciembre de 2021, se observó que las acciones proyectadas, arroja una calificación de cumplimiento del 100%.

1. ACTUALIZAR EL PGIRASA
  2. SOCIALIZAR PGIRASA A LA ORGANIZACIÓN Y AL COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.
- LAS CUALES ARROJAN UN CUMPLIMIENTO DE LA META EN UN 100%.

<b>BUENO</b>	100 - 90
<b>REGULAR</b>	89.9 - 60
<b>MALO</b>	59.9 - 0

#### **GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**

Se observa el cumplimiento de las siguientes acciones:

1. SEGUIR EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SGSST
2. MOSTRAR AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGSST

La ejecución de estas acciones muestra un cumplimiento del 100% de las proyectadas en el plan operativo anual de la vigencia 2021, evidenciándose una mejora continua en el SGSST.

BUENO	100 - 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0

### GESTION DEL TALENTO HUMANO.

Acciones propuestas para el proceso de gestión de TALENTO HUMANO en la vigencia 2021, fueron las siguientes:

Las acciones Ejecutadas y proyectadas en este proceso fueron las siguientes.

1. ACTUALIZAR HISTORIA LABORAL ELECTRONICA Y FISICA DE CADA FUNCIONARIO DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS.
2. ACTUALIZAR PARA LA VIGENCIA 2021, LA DECLARACION DE BIENES Y RAICES DE LOS FUNCIONARIOS DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS.
3. CARACTERIZAR LAS AREAS DE TALENTO HUMANO (PREPENSION, CABEZA DE FAMILIA, LIMITACIONES FISICAS) ACTUALIZADAS EN MECANISMO DIGITAL.
4. REALIZAR EVALUACION DE PERIODO DE PRUEBA A LOS SERVIDORES NUEVOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA.
5. GARANTIZAR INFORMACION CONFIABLE Y OPORTUNA SOBRE INDICADORES CLAVES COMO ROTACION DE PERSONAL, MOVILIDAD DEL PERSONAL, AUSENTISMO, PREPENSIONADOS, CARGA DE TRABAJO POR EJEMPLO Y POR DEPENDENCIA, PERSONAL AFRODESCENDENCIA Y LGTB ACTUALIZADOS.
6. ACTUALIZAR PROGRAMA DE ESTADO JOVEN EN LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS ADOPTADO.
7. REALIZAR ACTIVIDADES DE CAPACITACION Y JORNADAS DE REFLEXION INSTITUCIONAL RELACIONADOS CON EL DIA DEL SERVIDOR PÚBLICO EJECUTADAS.

8. ACTUALIZAR PROGRAMA DE ESTADO JOVENEN LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS ADAPTADO.
9. IMPLEMENTAR PROGRAMA DE HORARIOS FLEXIBLES EN LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS.
10. REALIZAR MEDICIONES PERIODICAS DE CLIMA LABORAL EN LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS Y ESTRATEGIA DE INTERVENCION INCORPORADOS.
11. IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR PROGRAMA DE RECONOCIMIENTO DE LA TRAYECTORIA LABORAL Y AGRADECIMIENTO POR EL SERVICIO PRESTADO A LAS PERSOBAS QUE SE DESVINCULAN.
12. IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR PROGRAMA DE RECONOCIMIENTO DE LA TRAYECTORIA LABORAL Y AGRADECIMIENTO POR EL SERVICIO PRESTADO A LAS PERSONAS QUE SE DESVINCULAN.
13. IMPLEMENTAR PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION.
14. DISEÑAR E IMPLEMENTAR PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS TENIENDO EN CUENTA LAS DIFERENTES NECESIDADES DEL EQUIPO DE TRABAJO.
15. FOMENTAR LOS MECANISMOS DE SENSIBILIZACION, INDUCCION, REINDUCCION Y AFIANZAMIENTO DE LOS CONTENIDOS DEL CODIGO INTEGRAL MEDIANTE SU IMPLEMENTACION Y EVALUAR SUS RESULTADOS.
16. ACTUALIZAR EL MANUAL DE FUNCIONES ACTUALIZADO A LAS NORMAS VIGENTES.
- IMPLEMENTAR EL CODIGO DE INTEGRIDAD EN LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE MANERA PARTICIPATIVA CON TODOS LOS SERVIDORES.
17. IMPLEMENTAR EL CODIGO DE INTEGRIDAD EN LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE MANERA PARTICIPATIVA CON TODOS LOS SERVIDORES.
18. GESTIONAR EL 100% DE LA INFORMACION DEL SIGEP.

La ejecución de estas acciones corresponde a un cumplimiento del 86% de las proyectadas para la vigencia 2021, evidenciándose que se da cumplimiento a las normas legales que regulan estos temas de talento humano.

BUENO	100 – 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0
RESPONSABLE	JEFE DE CONTROL INTERNO

### GESTION DE CONTROL INTERNO.

En este proceso se cumplieron todas las establecidas en el POA para la vigencia 2021, las cuales relacionamos como se enumeran a continuación

1. Se levantó el programa de auditoría interna anual
2. Se levantaron los planes de auditoría interna
3. Se implementó el programa y el plan de auditoría
4. Diligenciar autodiagnóstico de MIPG
5. Presentar informe a los entes de control
6. Cargar informes en la página web

Se observó un cumplimiento de ejecución del 100% de las acciones proyectadas para la vigencia 2020 que impacta positivamente en la imagen institucional.

<b>BUENO</b>	100 - 90
<b>REGULAR</b>	89.9 - 60
<b>MALO</b>	59.9 - 0

### GESTION DE MANTENIMIENTO.

De acuerdo al análisis realizado al plan de acción ejecutado con corte al 31 de diciembre de 2020, se observó que se cumplieron las siguientes acciones.

1. Evaluar la eficacia de la Implementación plan de mantenimiento y calibración de equipos  
 Se observa una calificación de cumplimiento del 100% de la meta operacional propuesta.

<b>BUENO</b>	100 - 90
<b>REGULAR</b>	89.9 - 60
<b>MALO</b>	59.9 - 0

### GESTION DE ESTERILIZACION.

De las metas de producto planeadas a ejecutar en la vigencia 2021, fueron cumplidas en un porcentaje del 100%.

Esto evidencia que la gestión por proceso de la entidad tiene resultados regular de acuerdo al rango de calificación de acciones.

1. Levantar procedimiento del proceso de esterilización

<b>BUENO</b>	100 - 90
<b>REGULAR</b>	89.9 - 60
<b>MALO</b>	59.9 - 0

### GESTION DE COMPRAS Y SUMINISTROS.

Conforme al análisis al cumplimiento del plan de acción 2021, se evidencio un cumplimiento del 100% de las acciones proyectadas en el plan operativo anual.

1. Actualizar matriz de identificación geográfica de equipos en la institución
2. Levantar procedimiento del proceso de compras

<b>BUENO</b>	100 - 90
<b>REGULAR</b>	89.9 - 60
<b>MALO</b>	59.9 - 0

### GESTION DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO.

En este proceso se dio cumplimiento a las siguientes acciones.

1. Socializar guías de PYM.

2. Realizaron seguimiento a las metas de PyM  
 Se observa una calificación de cumplimiento del 70% de la meta operacional propuesta.

<b>BUENO</b>	100 - 90
<b>REGULAR</b>	89.9 - 60
<b>MALO</b>	59.9 - 0
<b>RESPONSABLE</b>	<b>JEFE DE CONTROL INTERNO</b>

**GESTIÓN FINANCIERA, PRESUPUESTAL Y FACTURACIÓN.**

Se evidencio el cumplimiento las acciones proyectadas para ser ejecutadas en la vigencia 2020 que pasamos a relacionar.

1. Realizaron depuración de cartera
2. Realizar seguimiento a la tendencia del porcentaje entre lo facturado y lo radicado
3. Realizar conciliación de cartera de forma permanente
4. Analizar mensualmente el porcentaje de recuperación de cartera
5. realizar seguimiento a la ejecución del presupuesto.
6. levantar procedimiento del proceso

Estas acciones fueron ejecutadas en cumplimiento de un 78%

<b>BUENO</b>	100 - 90
<b>REGULAR</b>	89.9 - 60
<b>MALO</b>	59.9 - 0
<b>RESPONSABLE</b>	<b>JEFE DE CONTROL INTERNO</b>

## GESTION DE LA INFORMACION.

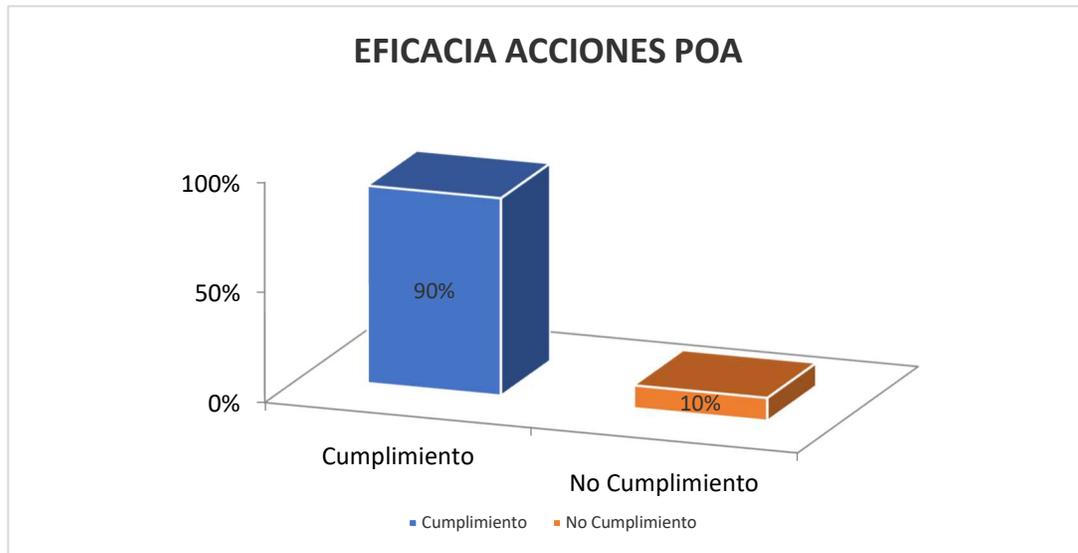
Conforme al análisis al cumplimiento del plan de acción 2021 se evidencio un cumplimiento del 90% de las metas proyectadas en este proceso.

1. Caracterizar proceso de la gestión de la información y publicidad.
2. Levantar procedimiento del proceso
3. Identificar los activos de seguridad digital por cada proceso y sus dueños, así mismo establecer una descripción de ellos
4. Realizar proceso de clasificación de los activos por grupos ( Información software, Hardware, Aplicativo)
5. Elaborar plan de seguridad y privacidad de la información

BUENO	100 - 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0



**RESULTADO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.**



Se evidencia un cumplimiento de las actividades establecidas en el plan operativo anual, cumpliendo así con una calificación de bueno según el semáforo establecido; esto muestra el compromiso por parte de cada uno de los responsables de los procesos en la búsqueda del mejoramiento y la calidad en la atención de la salud a los usuarios y cumplimiento con el plan de desarrollo institucional.

BUENO	100 - 90
-------	----------

REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0

### **CONSOLIDADO EVALUACIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS**

De conformidad con los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y atendiendo lo dispuesto en la normatividad vigente, se consolida la información de evaluación a la gestión realizada por la Oficina de Control Interno y el seguimiento al cumplimiento de los planes, programas y proyectos de la vigencia 2021, consolidado por la Oficina de Control Interno a la ponderación del presentes informes, desde su rol de evaluador independiente, mediante la consolidación del avance reportado en el plan operativo anual, el análisis de los datos y el cálculo del porcentaje.

### **CONCLUSION.**

Se observa el cumplimiento de metas en la ejecución de los planes por parte de la mayoría de los procesos o dependencias de acuerdo al análisis cuantitativo y cualitativo de los planes de acción fue BUENO, realizando control y seguimiento a lo proyectado en el plan de acción 2021.

La Gerencia, ha estado comprometida con el avance del Sistema Integrado de Gestión, lo cual se refleja la mejora en los procesos y en la calidad de los servicios.

### **RECOMENDACIONES.**

Se considera conveniente revisar el Plan de acción de manera periódica, a fin de que se observen los avances y/o deficiencias en las dependencias, para levantar las acciones necesarias para mejorar los procesos, como en el caso de la gestión financiera, se hace necesario conocer y socializar ante comité de Gestión y desempeño, los movimientos presupuestales que se están realizando en la vigencia, por lo cual se deben llevar a cabo los seguimientos y adelantar los planes de mejoramiento que se requieran, estableciendo metas y alcance de dichos planes, que arrojan información importante para la evaluación al final de cada vigencia.

Como aspecto fundamental a fortalecer por parte de las dependencias, se encuentra el cumplimiento en los plazos establecidos por parte de las áreas receptoras, para la



comunicación de la información que se requiere, lo que permite generar informes a tiempo.

Lo anterior como un elemento más de fomento del auto control de las actividades propuestas en el Plan de Acción y de fortalecimiento de la entidad en términos de calidad. Fortalecer los puntos de control de los procesos en el marco del autocontrol de los avances del Plan. Lo anterior genera el seguimiento trimestral para que se evalúe el avance con respecto a lo programado, permitiendo así tomar las medidas pertinentes para lograr el cumplimiento de los productos y el objetivo final en la dependencia.

Las acciones no ejecutadas en el plan de acción de la vigencia 2021 se deberán tener en cuenta para que sean incluidas en los compromisos de las acciones a ejecutar en la vigencia 2022.

Cordialmente.

  
ZULIM TRUJILLO GUERRA.

Jefe de control interno.

