



FECHA DE INFORME: 18 DE ENERO DE 2024.

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

VIGENCIA EVALUADA: 2023

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 le 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 2023, consolidado también 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 2023.

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 2023. 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 2023, para verificar el cumplimiento de los compromisos definidos por cada proceso tanto del plan de acción, como los indicadores de gestión de la vigencia 2023, 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. A continuación se establece un rango de cumplimiento, que detalla el porcentaje de cumplimiento de las áreas por proceso.

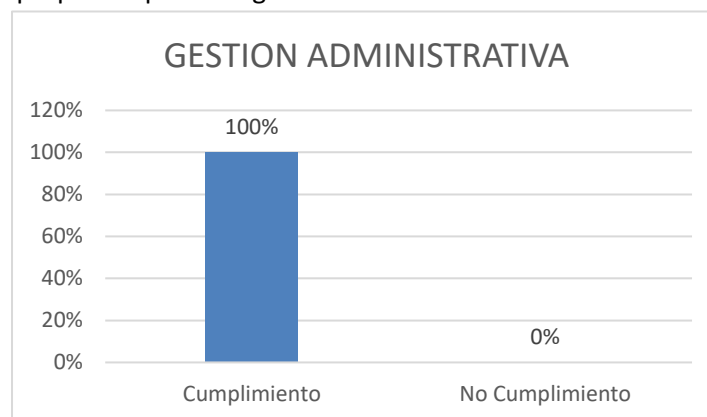
BUENO	100 - 90
REGULAR	89.9 - 60
MALO	59.9 - 0

PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

Conforme al análisis de cumplimiento del plan de acción 2023 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. DISEÑAR LA ESTRUCTURA, ALCANCE Y PLAN DE TRABAJO DE LA ESTRATEGIA RENDICIÓN DE CUENTAS
7. REALIZAR CARGUE DE REPORTE DE FECHA DE AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS EN LA PÁGINA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.
8. REALIZAR AUDIENCIA PÚBLICA PARTICIPATIVA DE RENDICIÓN DE CUENTAS.
9. REALIZAR PUBLICIDAD QUE TRASMITA A LA POBLACIÓN EN GENERAL LA IMPORTANCIA Y LA RESPONSABILIDAD FRENTE A LA RENDICIÓN DE CUENTAS.
10. REALIZAR INFORME DE RESULTADOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS.
11. PUBLICAR EN LA PÁGINA WEB EL INFORME DE RESULTADOS.
12. REALIZAR INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS POR VIGENCIA, A LA CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL.
13. PUBLICAR Y MANTENER ACTUALIZADO EL CARGUE DE INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS DE SIA OBSERVA QUE LE COMPETEN.
14. GENERAR CERTIFICADOS DE BONOS PENSIONALES EN LA PLATAFORMA CETIL

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

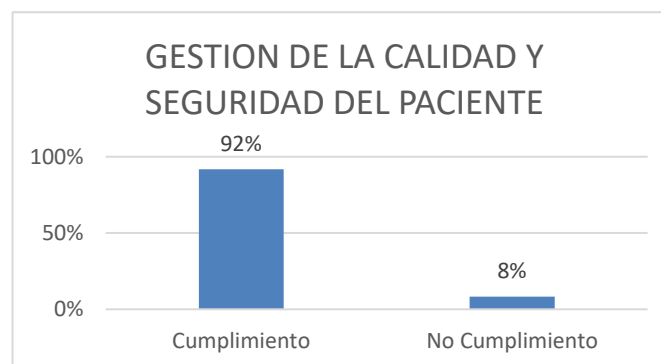


PROCESO DE GESTION DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

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 ACOMPAÑAMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS
4. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES REGISTRADOS EN EL SUIT.
5. REALIZAR SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE AUDITORÍAS AL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS
6. TOMAR ACCIONES CORRECTIVAS EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO DE LOS COMITÉS.
8. SEGUIMIENTO MENSUAL DE LA TASA DE INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA ESE HSCJ.
8. EVALUAR LA EFICACIA DE LA IMPLEMENTACIÓN PLAN DE MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS.
9. REALIZAR ANÁLISIS Y REPORTE MENSUAL Y TRIMESTRAL DE INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES A LOS ENTES DE CONTROL QUE LOS REQUIERAN.
10. IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA DONDE SE INCLUYA LA VERIFICACIÓN A LA ADHERENCIA A GUÍAS Y PROTOCOLOS ADOPTADOS POR LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.
11. CONSOLIDAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN DE LA ENTIDAD.
12. ELABORAR DE MANERA EFECTIVA LA INFORMACIÓN (SIHO).

Se observó una ejecución del 92% de las metas operacionales de la vigencia evaluada.



RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

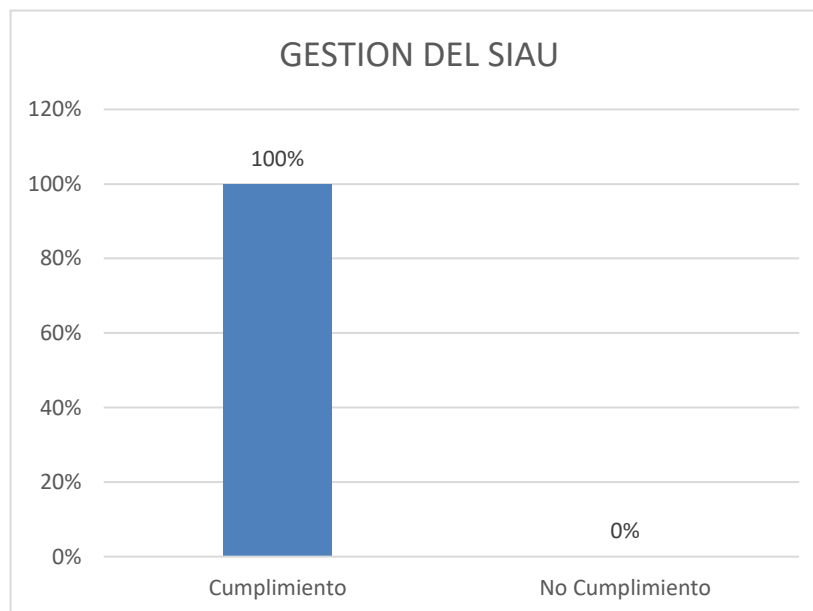
- Se observa programa de PAMEC, pero no se le da cumplimiento a las auditorias, por lo que para la vigencia 2024 se establece que se realice sensibilización, capacitación, cronogramas, auditorias y evaluación.

GESTION DEL SIAU.

Se puede evidenciar un cumplimiento del 100% de las acciones establecidas para el año 2023 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.
4. ATENDER EN FORMA PERSONALIZADA A LOS USUARIOS, GARANTIZANDO LA OPORTUNA CANALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS PETICIONES.
5. HACER USO DE LOS FORMATOS DE REGISTRO DE PETICIONES (QUEJAS, SUGERENCIAS, RECLAMOS), COMO INSTRUMENTO BÁSICO PARA LA OPERACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS.
6. DISEÑAR Y DESARROLLAR ESTRATEGIAS ORIENTADAS HACIA LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, AL DESARROLLO DE HERRAMIENTAS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES DERIVADOS DE LA AFILIACIÓN AL SISTEMA, PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y NUEVAS CONCEPCIONES EN LA RELACIÓN PACIENTE – PRESTADOR.

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



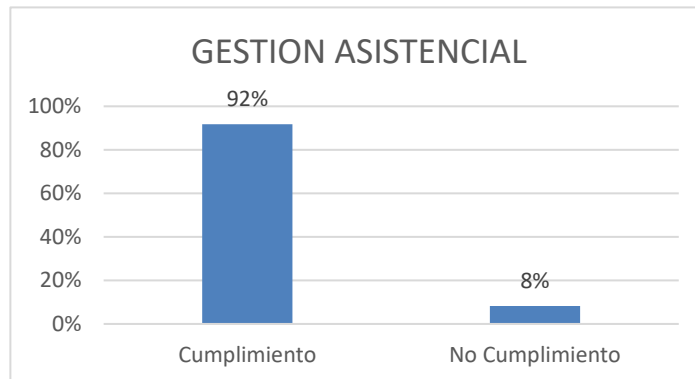


GESTION ASISTENCIAL.

De acuerdo al análisis efectuado por la oficina de Control Interno en cumplimiento del plan de acción trazado para la vigencia 2023, se pudo evidenciar que se logró una ejecución del 95% de las metas trazadas en el proceso asistencial que relacionamos a continuación.

1. OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS
2. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS AGENDAS DE CITAS MÉDICAS
3. SEGUIMIENTO A LAS CANCELACIONES DE CITAS ATRIBUIBLES A LOS PACIENTES Y LAS CANCELADAS POR IMPREVISTOS O ATRIBUIBLES AL PROFESIONAL O A LA E.S.E.
4. ELABORACIÓN, ADAPTACIÓN O ADOPCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN, DE LAS PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORBILIDAD, PARA LAS ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, SALA DE PARTOS Y HOSPITALIZACIÓN, CONTEMPLANDO LA PARTICIPACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DE CADA ÁREA..
5. SOCIALIZACIÓN DE GPC A TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL Y APORTE DE EVIDENCIAS.
6. APLICAR MEDICIÓN DE ADHERENCIA A LAS GPC POR PARTE DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y APORTAR EVIDENCIAS.
7. GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS EN LOS PUESTOS DE SALUD DE LA ESE.
8. VERIFICAR QUE EL PERSONAL ASISTENCIAL, SEA IDÓNEO PARA EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES Y SE ENCUENTRE CAPACITADO CON LOS CURSOS REQUERIDOS PARA EL ÁREA Y REPORTAR AL ÁREA DE TALENTO HUMANO LAS FALENCIAS.
9. CAPACITAR AL PERSONAL ASISTENCIAL, SOBRE PROTOCOLOS, REPORTES Y FICHAS DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
10. REALIZAR BÚSQUEDA ACTIVA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.
11. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA Y SAL DE PARTOS.

Se observó que se cumplieron al 92% las metas operacionales de la vigencia evaluada.



RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

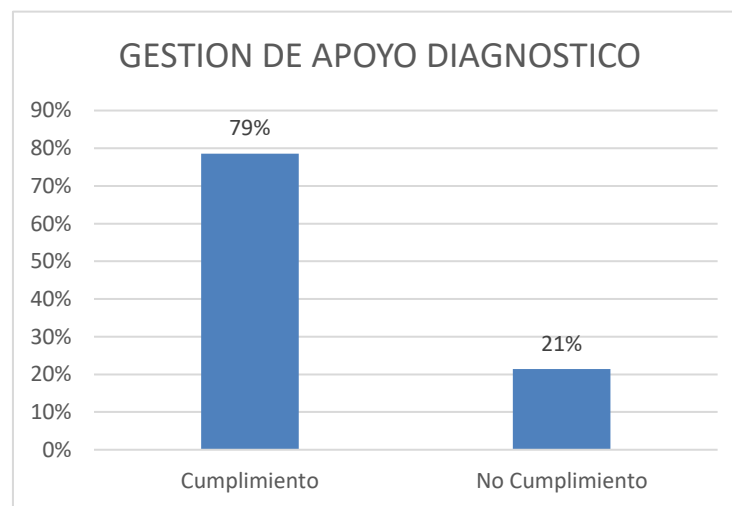
- Se insta para que la coordinadora del área junto con la coordinadora de calidad, continúe implementando las guías de práctica clínica y sus respectivas socializaciones.

GESTION DE APOYO DIAGNOSTICO.

Acciones propuestas para el proceso de GESTION DE APOYO DIAGNOSTICO vigencia 2023, fueron las siguientes:

1. Revisión y ajuste de los manuales, procesos y procedimientos de imágenes diagnósticas.
2. Socializar protocolos del laboratorio clínico.
3. Realizar búsqueda activa de eventos adversos e incidentes relacionados con las actividades realizadas en el servicio.
4. Verificar el cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a los equipos de laboratorio clínico.
5. Revisión y ajuste de los manuales, procesos y procedimientos de imágenes diagnósticas.
6. Adelantar gestiones para que los equipos que emiten radiaciones ionizantes de la ese hospital sagrado corazón de Jesús, cuenten con licencia de funcionamiento
7. Verificar el cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a los equipos de imágenes diagnósticas.

Se evidencia un cumplimiento del 79% de ejecución de las acciones proyectadas en este proceso.



RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Realizar reporte de los eventos adversos al área de calidad.
- Flujogramas documentados, pero se deben publicar y socializar en el área.

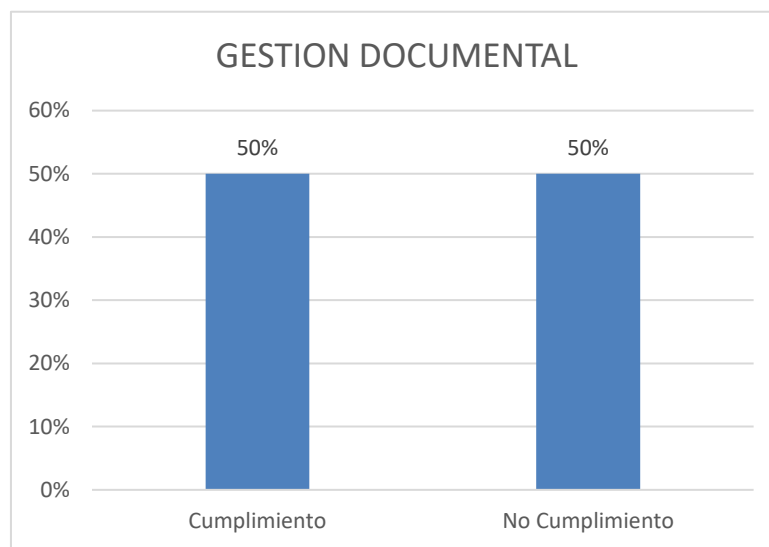
RX:

- Gestionar licencia de funcionamiento de los equipos de RX.
- Documentar, implementar y socializar los procesos del área.

GESTION DOCUMENTAL.

De acuerdo al análisis realizado al plan de acción ejecutado con corte al 31 de diciembre de 2023, se observó que las acciones proyectadas, arroja una calificación de cumplimiento del 50%.

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



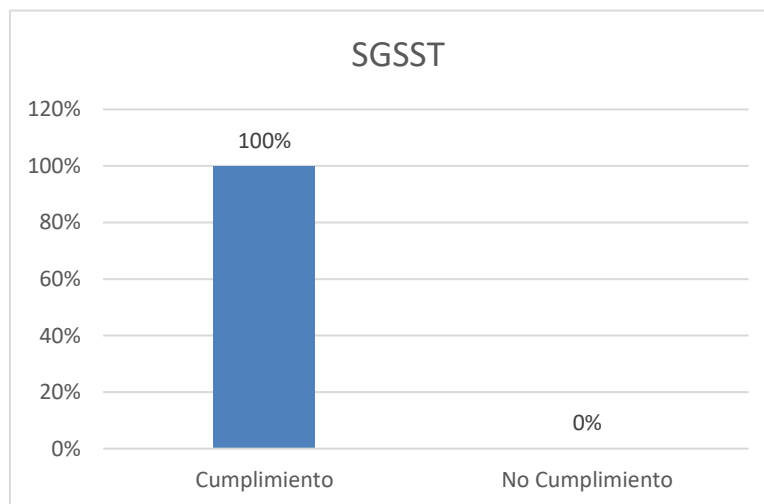
RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Los procedimientos se deben documentar.
- Culminar el proceso de las TRD para la debida aprobación en el departamento.

GESTION AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST).

De acuerdo al análisis realizado al plan de acción ejecutado con corte al 31 de diciembre de 2023, 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.
3. HACER SEGUIMIENTO A LA DOTACIÓN DE ELEMENTOS, INSUMOS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO REQUERIDOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PGIRASA Y REPORTAR LOS CONSOLIDADOS A LOS ACTORES DEL CASO
4. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN A LOS TRABAJADORES Y USUARIOS DEL HOSPITAL
5. HACER SEGUIMIENTO Y APOYAR LA ADHERENCIA A DIRECTRICES Y PROTOCOLOS EMITIDOS DESDE GESTIÓN AMBIENTAL, ASÍ COMO A LA PROVEEDURÍA DE INSUMOS REQUERIDOS EN ELLO.
6. GESTIONAR MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS Y VECTORES INSERTANDO MEDIDAS FÍSICAS, QUÍMICAS Y MECÁNICAS
7. CONTROL DE VERTIMIENTOS Y DE MEDIDAS DE MANEJO DE LOS RECURSOS AGUA Y ENERGÍA
8. GESTIÓN DE RESIDUOS NO CONVENCIONALES O ESPECIALES PRODUCIDOS EN EL HOSPITAL
9. SEGUIR EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SGSST
10. MOSTRAR AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGSST
11. REVISIÓN Y AJUSTE DE LOS MANUALES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SG-SST.





GESTION DEL TALENTO HUMANO.

Acciones propuestas para el proceso de gestión de TALENTO HUMANO durante vigencia 2023, fueron las siguientes:

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

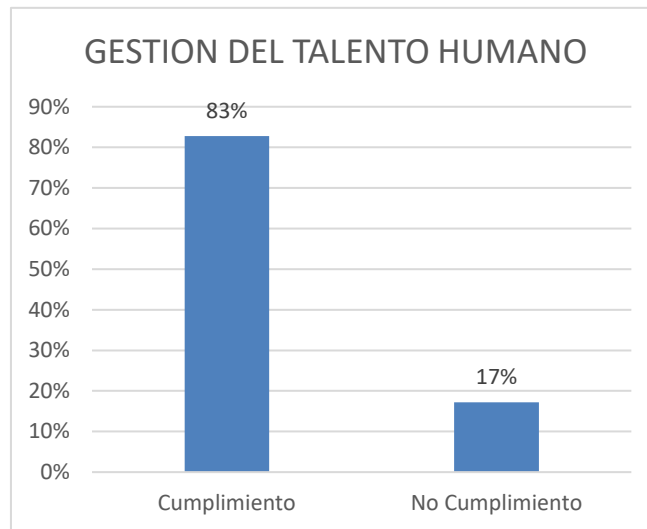
1. ACTUALIZAR HISTORIA LABORAL ELECTRONICA Y FISICA DE CADA FUNCIONARIO DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS.
2. ACTUALIZAR PARA LA VIGENCIA 2022, LA DECLARACION DE BIENES Y RAICES DE LOS FUNCIONARIOS DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS.
3. CARACTERIZAR LAS AREAS DE TALENTO HUMANO (PREPENSION, 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 ACTULIZADOS.
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 HOSPTAL 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 83% de las proyectadas para la vigencia 2023, evidenciándose que se da cumplimiento a las normas legales que regulan estos temas de talento humano.



RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

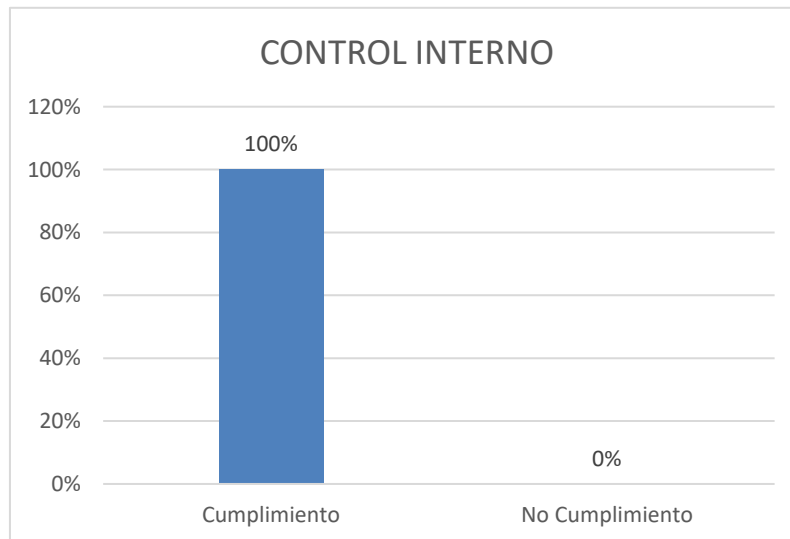
- Implementar plan Estratégico de Talento Humano.
- Realizar actividades de capacitación y jornadas de reflexión institucional relacionadas con el día del servidor público ejecutadas.



GESTION DE CONTROL INTERNO.

En este proceso se cumplieron todas las establecidas en el POA para la vigencia 2023, las cuales relacionamos como se enumeran a continuación

1. LEVANTAR PLANES DE AUDITORÍA
2. IMPLEMENTAR PROGRAMA Y PLAN DE AUDITORÍA
3. DILIGENCIAR AUTODIAGNÓSTICO DE MIPG
4. LEVANTAR PLAN ESTRATÉGICO DE MIPG
5. FORTALECER EL CONTROL SOCIAL GARANTIZANDO A LOS ENTES DE CONTROL, EL ACCESO A INFORMACIÓN DE MANERA OPORTUNA Y EFICIENTE.
6. PRESENTAR INFORMES A LOS ENTES DE CONTROL
7. CARGAR INFORMES EN LA PÁGINA WEB.
8. MONITOREO Y REVISIÓN DE LAS ACCIONES DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN E INTEGRAL.
9. VERIFICAR QUE EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO ESTÉ FORMALMENTE ESTABLECIDO (PLANEAR, DIRIGIR Y ORGANIZAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO).

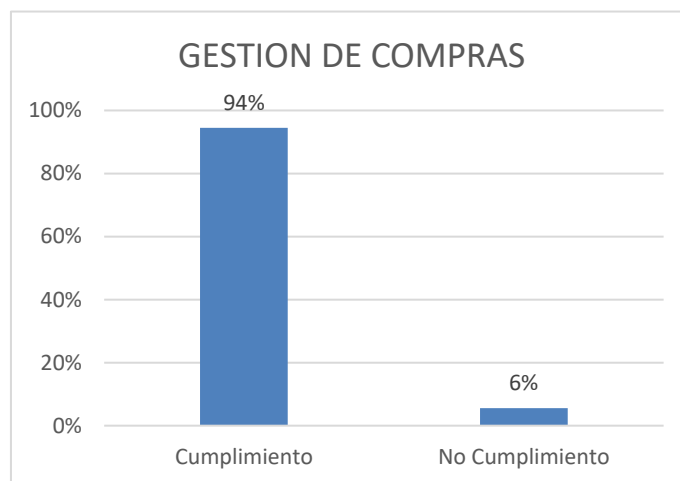


Se observó un cumplimiento de ejecución del 100% de las acciones proyectadas para la vigencia 2023 que impacta positivamente en la imagen institucional.

GESTION DE COMPRAS Y SUMINISTROS.

Conforme al análisis al cumplimiento del plan de acción 2023, se evidencio un cumplimiento del 92% de las acciones proyectadas en el plan operativo anual.

1. ACTUALIZAR MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA DE EQUIPOS EN LA INSTITUCIÓN
2. ENVIAR LA SOLICITUD DE PEDIDOS REALIZADAS A CADA UNO DE LOS PROVEEDORES ESTABLECIDOS.
3. PRESENTAR LOS INFORMES DE LEY EN LA FECHA OPORTUNA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE
4. REALIZAR LA EVALUACIÓN A LOS PROVEEDORES DE BIENES PARA VERIFICAR TIEMPOS DE ENTREGA, CALIDAD DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS Y CAPACIDAD DE RESPUESTA.
5. LLEVAR UN CONTROL DE TODOS LOS CONTRATOS DE SUMINISTRO DE BIENES QUE SE FIRMAN CON LOS DIFERENTES PROVEEDORES DE LA E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE VALENCIA.
6. ADMINISTRAR LA BODEGA DE ALMACENAMIENTO DE ACTIVOS FIJOS (CLASIFICAR LOS ACTIVOS FIJOS DE ACUERDO A SU USO Y VIDA ÚTIL Y CUSTODIARLOS).
7. GENERAR Y REVISAR INFORME RELACIONADO CON DEPRECIACIÓN, ADQUISICIÓN, TRASLADO Y BAJA DE ACTIVOS, PARA POSTERIORMENTE CONCILIAR CON EL MÓDULO DE CONTABILIDAD.
8. REVISIÓN Y AJUSTE DE LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE COMPRAS Y SUMINISTROS.
9. LEVANTAR PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE COMPRAS



RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

-Se recomienda Administrar la bodega de almacenamiento de activos fijos (clasificar los activos fijos de acuerdo a su uso y vida útil y custodiarlos).

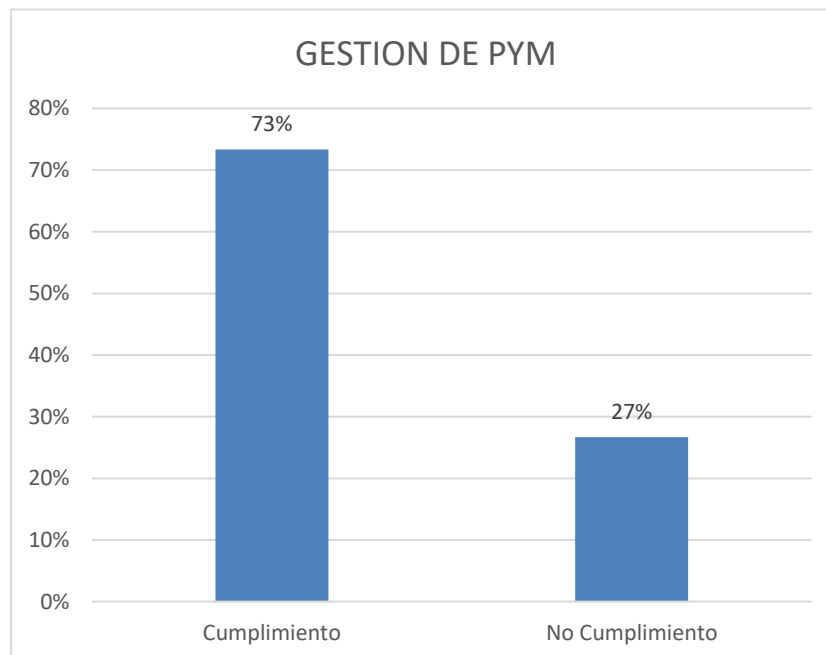


GESTION DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO.

En este proceso se dio cumplimiento a las siguientes acciones.

1. DESARROLLAR UN PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LOS PROTOCOLOS Y HUMANIZACIÓN EN SALUD.
2. PROGRAMAR REUNIONES MENSUALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y LEVANTAR PLAN DE MEJORAMIENTO.
3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS METAS DE P Y M.
4. REVISIÓN Y AJUSTE DE LOS MANUALES, GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO
5. SOCIALIZACIÓN DE GPC Y PROTOCOLOS DE PYM Y SALUD PÚBLICA A TODO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y APORTAR EVIDENCIAS.
6. APLICAR MEDICIÓN DE ADHERENCIA A LAS GPC POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y APORTAR EVIDENCIAS.

Se observa una calificación de cumplimiento del 73% de la meta operacional propuesta.



RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

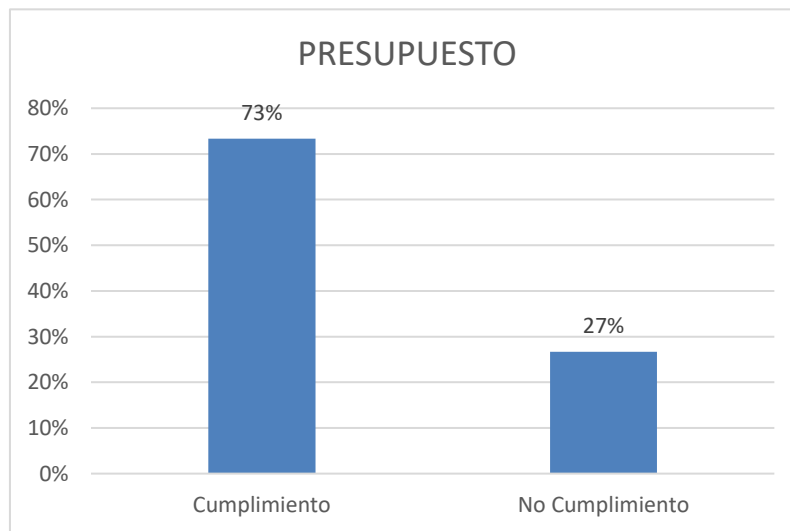
_Es necesario realizar seguimiento a las metas de PyM , como también finalizar la Socialización de GPC y protocolos de PyM y salud pública a todo el personal de enfermería y aportar evidencias.

-Se debe aplicar medición de adherencia a la GPC por parte del personal de enfermería.

GESTIÓN PRESUPUESTAL Y CONTABLE.

Se evidencio el cumplimiento las acciones proyectadas para ser ejecutadas en la vigencia 2023 que pasamos a relacionar.

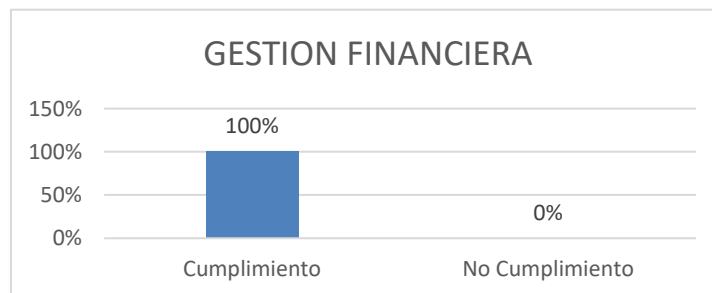
1. REALIZAR EL PROYECTO DE PRESUPUESTO DE LA INSTITUCIÓN Y PRESENTARLO A LAS INSTANCIAS PERTINENTES.
2. VERIFICAR LA EXISTENCIA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES O SERVICIOS, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO.
3. ELABORAR LA RESOLUCIÓN DE TRASLADO PRESUPUESTAL.
4. ENTREGAR INFORME PRESUPUESTAL ANUAL .
5. ELABORAR Y REPORTAR DE MANERA EFECTIVA LA INFORMACIÓN (SIHO).
6. PRESENTAR INFORMACIÓN SOLICITADA POR LOS ENTES DE CONTROL DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS.
7. RECEPCIÓN DE LAS CUENTAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES.
8. VERIFICACIÓN DE LOS SOPORTES DE LAS CUENTAS.
9. CAUSACIÓN EN EL SOFTWARE DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA ESE, DE LAS CUENTAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES, Y SU RESPECTIVA OBLIGACIÓN.
10. DEPURACIÓN DE LAS CUENTAS POR PAGAR DE LA ESE.
11. ELABORACIÓN DE INFORMES PARA ENTES DE CONTROL Y LOS SOLICITADOS POR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y GERENCIA.



En las acciones de presupuesto fueron ejecutadas en cumplimiento de un 73%

12. CONTABILIDAD

13. REGISTRO DE LOS RECAUDOS DE LA ENTIDAD.
14. ELABORACIÓN DE CHEQUES A PROVEEDORES Y SERVICIOS.
15. REALIZAR LOS ARQUEOS DIARIOS DE CAJA Y REGISTRAR LOS MOVIMIENTOS EN EL SOFTWARE INSTITUCIONAL.
16. IDENTIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES PAGOS EFECTUADOS POR LAS ENTIDADES QUE TIENEN VINCULO CONTRACTUAL CON LA ESE.
17. REALIZAR TRIMESTRALMENTE LA CONCILIACIÓN DE LAS PARTIDAS INCORPORADAS ENTRE EL ÁREA PRESUPUESTAL Y FINANCIERA.
18. REVISAR, EVALUAR Y CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL ÁREA FINANCIERA, EFECTUANDO LOS CORRECTIVOS NECESARIOS EN ARAS QUE LA INFORMACIÓN FINANCIERA EXPRESE LA REALIDAD FINANCIERA DE LA ENTIDAD.
19. MONITOREAR LA APLICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 414 DE 2014 E INFORMAR A LA ADMINISTRACIÓN SOBRE ALGUNA ANOMALÍA AL RESPECTO.
20. ACTUALIZAR EL PLAN DE CUENTAS CUANDO LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN EFECTUÉ CAMBIOS POR ELIMINACIÓN, INCORPORACIÓN O MODIFICACIÓN DE ALGUNAS DE ELLAS.
21. GENERAR LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LA ESE ACORDE A LO NORMALIZADO POR LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN Y DEMÁS ENTES RECTORES.
22. PRESENTACIÓN OPORTUNA DE INFORMES TRIMESTRALES SOBRE EL ESTADO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DEMÁS COMPONENTES DE LOS ESTADOS FINANCIEROS.
23. ELABORAR Y PRESENTAR TRIMESTRAL Y ANUALMENTE A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS (CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, SUPERSALUD, MINSALUD Y CONTRALORÍA), LOS INFORMES QUE SEAN REQUERIDOS AL ÁREA DE LA CONTABILIDAD.
24. ELABORAR Y PRESENTAR DE FORMA OPORTUNA LOS INFORMES DE LEY Y TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LOS ENTES DE CONTROL Y ÁREAS INTERNAS DE LA E.S.E.



Estas acciones de gestión financiera fueron ejecutadas en cumplimiento de un 100%

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

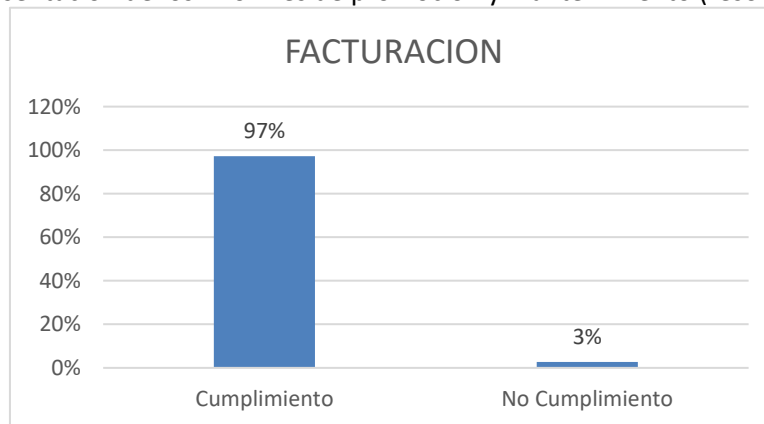
Se hace necesario conocer y socializar ante comité de Gestión y desempeño, los movimientos presupuestales que se están realizando en la vigencia, por lo cual se deben llevar a cabo los seguimientos y adelantar los planes de mejoramiento que se requieran, estableciendo metas y alcance de dichos planes, que arrojan información importante para la evaluación al final de cada vigencia.

GESTION FACTURACION.



En este proceso se dio cumplimiento a las siguientes acciones.

1. Radicación electrónica y físicas de las facturas emitidas por facturación y que sea entregada al área de cartera en el periodo correspondiente.
2. Recepcionar en formato EXCEL de las glosas y devoluciones notificadas por las ERP, con el fin de realizar seguimiento a la gestión de la recepción oportunamente
3. Registrar todas las objeciones recibidas en el área de gestión de glosas, EN FORMATO EXCEL; de las que son objeto la facturación radicada.
4. Responder de manera oportuna las objeciones glosas y devoluciones que se presenten; de conformidad con la normatividad y los procedimientos establecidos por la entidad.
5. Realizar capacitaciones al personal para fortalecer el proceso, en coordinación con calidad y talento humano.
6. Incrementar el flujo de recursos por cobro de cartera, mediante cobro persuasivo, coactivo y conciliaciones de cartera; de acuerdo a la garantía que presente la factura para su pago.
7. Desarrollar comités y reuniones con el fin de facilitar la toma de decisiones, de acuerdo a lo establecido en la resolución No 151 de 18-07-2019, parágrafo tercero
8. Presentar informes mensuales de la gestión sobre el estado de cartera y glosas a la gerencia.
9. Reportar todos los informes de Ley oportunamente de acuerdo a lo establecido en la norma respectiva.
10. Concertación, evaluación y seguimiento al proceso de auditoría a las historias clínicas para el fortalecimiento al proceso de facturación y minimizar el riesgo a las glosas, devoluciones y objeciones.
11. Apoyar la presentación de los informes de promoción y mantenimiento (resolución 202).



Se observa una calificación de cumplimiento del 97% de la meta operacional propuesta.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

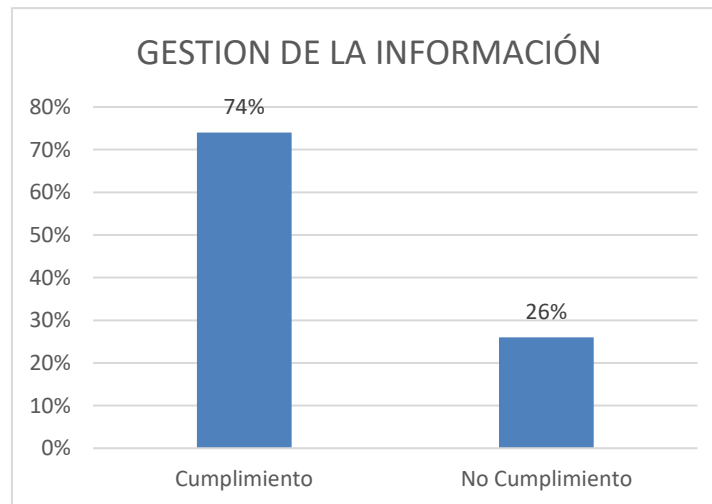
- Es necesario realizar seguimiento a los indicadores de radicaciones y recaudos, gestión de glosas y depuración de cartera para fortalecer el flujo de recursos de recursos en la entidad.



GESTION DE LA INFORMACION.

Conforme al análisis al cumplimiento del plan de acción 2023 se evidencio un cumplimiento del 68% 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. REALIZAR PROCESO DE CLASIFICACIÓN DE LOS ACTIVOS POR GRUPOS (INFORMACIÓN, SOFTWARE, HARDWARE, APLICATIVO).
6. ELABORAR PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN.



Se observa una calificación de cumplimiento del 74% de la meta operacional propuesta.

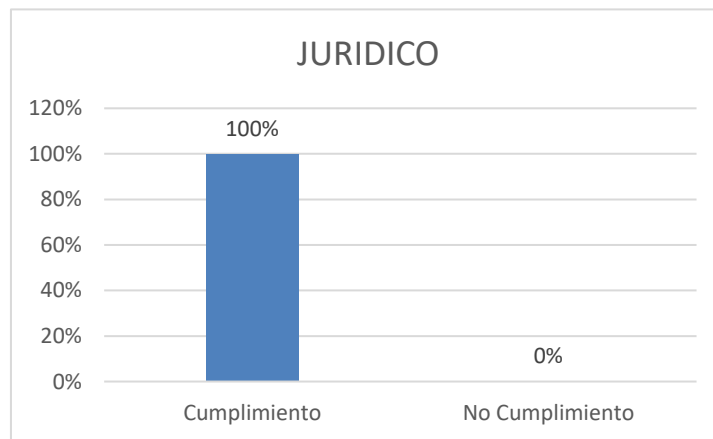
RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Se hace necesario levantar procedimientos del área, ya que se encuentran parcializados.
- Identificar los activos en inventarios, porque se encuentran sin descripción específica
- Se recomienda actualizar la página WEB de la entidad.

GESTION DE JURIDICA.

Conforme al análisis al cumplimiento del plan de acción 2023 se evidencio un cumplimiento del 100% de las metas proyectadas en este proceso.

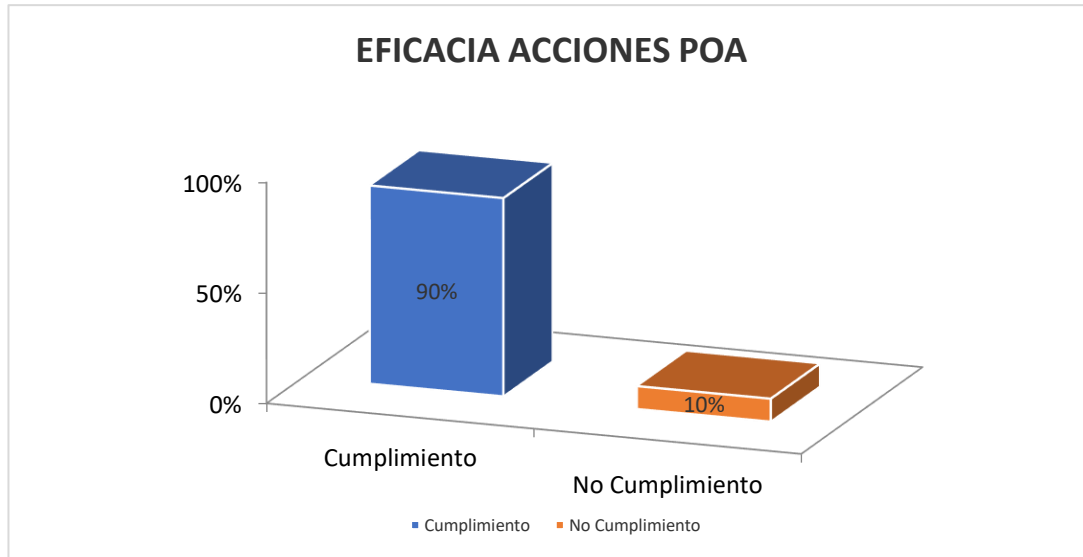
1. RESPONDER OPORTUNAMENTE LOS DERECHOS DE PETICIÓN RADICADOS EN ESTA DEPENDENCIA SEGÚN LEY 1755 DE 2015.
2. CONTESTAR LAS DEMANDAS EN CONTRA EL HOSPITAL EN LOS TÉRMINOS DE LEY Y CON SOPORTE JURÍDICO. 2. IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS EXISTENTES. 3. PREPARACIÓN Y ASISTENCIA A LAS AUDIENCIAS CITADAS. 4. IDENTIFICAR EN CADA UNO DE LOS JUZGADOS, LOS PROCESOS EJECUTIVOS CON EL FIN DE SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DE LOS TÍTULOS O TERMINACIONES DE PROCESOS.
3. PROYECTAR LOS CONCEPTOS CON SOPORTE JURÍDICO ACTUALIZADO.
4. REGISTRAR Y ACTUALIZAR SENTENCIAS Y PROCESOS JURIDICIALES EN CURSO, QUE AFECTAN LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LA ENTIDAD
5. CUMPLIR A CABALIDAD CON TODOS LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN CON PERSONA JURÍDICA, DIFERENTES A PERSONAL, ELABORAR LOS PROYECTOS DE ACTOS ADMINISTRATIVOS, ACUERDOS Y CONTRATOS QUE DEBAN SER TRAMITADOS POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PARA EL EFICIENTE Y EFICAZ DESARROLLO DE SUS FUNCIONES
6. PRESENTACIÓN EN TIEMPO DE LOS INFORMES DE LEY A QUE HAYA LUGAR
7. PUBLICAR Y MANTENER ACTUALIZADO EL CARGUE DE INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS DE SIA OBSERVA - SECOP- SIHO
8. MANTENER DE MANERA ORGANIZADA LA INFORMACIÓN DEL ÁREA.
9. ATENDER TODOS LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LOS ENTES DE Y ADELANTAR TODAS LAS GESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS QUE SE REQUIERAN EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO.



Se observa una calificación de cumplimiento del 100%.



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 2023, consolidado por la Oficina de Control Interno a la ponderación del presente 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.

CONCLUSIONES

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 2023.

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; sin embargo, se realizan una serie de recomendaciones en algunas áreas que aún se detectan debilidades, por lo que se hace necesario implementarlas.

Otro aspecto fundamental a fortalecer por parte de las dependencias, es que se dé el cumplimiento de los plazos establecidos en las áreas receptoras, para la comunicación de la información que se requiere, lo que permitirá generar informes a tiempo. Lo anterior se establece, como un elemento más de fomento del auto control de las actividades propuestas en el Plan de Acción y la entidad en términos de calidad.

Así mismo, se recomienda, mejorar los puntos de control de los procesos en el marco del autocontrol de los avances del Plan, para generar 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 acciones y el objetivo final en la dependencia, y las no ejecutadas en el plan de acción de la vigencia 2023 se deberán tener en cuenta para que sean incluidas en los compromisos de las acciones a ejecutar en la vigencia 2024.

Cordialmente.



ZULIM TRUJILLO GUERRA.
Jefe de control interno.