

### 1. OBJETIVO:

Evaluar la Gestión por Dependencias de la HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, para la vigencia 2022 y verificar el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados por cada uno de los responsables de los procesos. Con el objetivo de determinar correctivos necesarios para el cumplimiento del direccionamiento estratégico de la ESE.

### 2. NORMATIVIDAD

- **LEY 87 DE 1993.** Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- **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.
- **DECRETO REGLAMENTARIO 1227 DE 2005.** Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998.
- **DECRETO 2539 DE 2000.** Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999. Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial –
- **DECRETO 2145 DE 1999.** Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.
- **CIRCULAR No. 04 DE 2005:** Se fijan los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias en cumplimiento de la ley 909 de 2004.

### 3. ALCANCE

La Oficina de Control Interno de la ESE , tomando como insumo el informe consolidado del avance del plan de acción de la medida de intervención determinado por la Súper salud y los planes institucionales del decreto 612, para la vigencia 2022, reportada por la oficina de Planeación, procede a realizar el correspondiente análisis y evaluación de los resultados de la gestión por dependencias para la vigencia 2022, el cual consistirá en el análisis de la información reportada en dichos planes y como resultado la evaluación frente al cumplimiento de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser en tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los funcionarios públicos de la ESE, así como para la formulación de los acuerdos de gestión y compromisos gerenciales y operativos para la vigencia 2023.

### METODOLOGÍA:

Se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación el Plan de acción Anual consolidado al 31 de diciembre de 2022, y el seguimiento realizado por la dependencia de planeación a cada uno de los planes y teniendo en cuenta este seguimiento se procedió a evaluar cada una de las dependencias que crearon Plan de acción para la vigencia 2022, en la ESE, las cuales se presentan a continuación:

**Anexo No. 1**

<b>1. FECHA:</b> 29/01/2023		<b>2. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b> SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. MANTENIMIENTO	
<b>3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b> Fortalecimiento de procesos de mantenimiento preventivo y correctivo de la entidad.			
<b>4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS</b>		
	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Porcentaje de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo en la entidad	100%	99.65%	Se evidencia que de 5.783 programadas, en el programa de mantenimiento preventivo de la entidad se realizaron 5.764, en el periodo de febrero a noviembre 2022, que corresponde al 99.65%.
<b>6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> Una vez evaluados los 5 compromisos estratégicos que hacen parte de 1 objetivo estratégicos en los que participa el área de Mantenimiento, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100%			
<b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>  ➤			
<b>8. FIRMAS:</b> 			
<b>3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b> 3.2 Fortalecimiento de procesos de selección, vinculación y mantenimiento del recurso humano, reorganización del área y Saneamiento de deudas laborales incluyendo aportes patronales.			
<b>4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS</b>		
	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Monto de deuda por descuentos de nómina	\$24.259.407	\$15.997.947	Se evidencia el cumplimiento de este indicador, ya que al cierre de la evaluación correspondiente al mes de noviembre el monto de la deuda fue \$15.997.947, quedando por debajo de la línea base del indicador.

Monto de la deuda de aportes a seguridad social	\$60.868.300	\$755.484.790	Se evidencia que la ESE presenta deuda acumulada a noviembre 30 de 2022, por valor de \$755.484.790, el cual se encuentra conformado por los siguientes valores: deuda de seguridad social del periodo en evaluación por \$52.754.100 y cuotas partes saldo acumulado de vigencias anteriores por \$702.730.690, saldo que es objeto de depuración y que se encuentra en proceso de revisión y al pendiente de concepto de entes externos para su afectación, presentando incumplimiento en este indicador cuya línea de base es \$60.868.300.
Monto de la deuda de servicios personales indirectos	\$12.158.818.960	\$21.555.834.283	Se evidencia con corte a 30 de noviembre que la ESE presenta un monto de deuda acumulada por concepto de contratistas directos por valor de \$21.555 millones de pesos, de los cuales \$2.783 millones de pesos corresponden a deudas adquiridas en la vigencia 2022, y que estos corresponden al 12,91% del monto reportado, el saldo restante, es decir, \$18.772 millones de pesos con una participación del 87,09% frente al total de la deuda acumulada corresponde a deudas adquiridas en vigencias anteriores.

**3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Corrección de pérdidas de ejercicio y recuperación financiera de la entidad

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Utilidad o pérdidas acumuladas del período.	0	-22.201.396.891	Se evidencia que a noviembre 30 de 2022 según los estados financieros de la entidad, se reporta una pérdida acumulada (enero a noviembre) por \$22.201 millones de pesos, dicho resultado impide cumplir la meta pactada.
Depuración de estados financieros	Estados financieros razonables	No razonables o sin dictamen	Se evidencia que para el periodo noviembre de 2022 la ESE reporta un avance acumulado del 79%, lo cual indica que se ha dado una mejora gradual mes a mes desde el diseño y puesta en marcha de este plan. De las actividades que se observan pendientes y que no permiten mejorar el resultado son las de giro directo por abono de cartera, embargos judiciales, otros activos, créditos judiciales y avances y anticipos recibidos, cuyas actividades no culminadas, podrían a en el análisis a los estados financieros por parte del revisor fiscal, generar una opinión diferente a la limpia.

**3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Mejoramiento procesos de facturación y cartera

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados

Días de rotación de cartera	721 días	1.061 días	Se evidencia que de la meta programada la cual corresponde a 721 días, en los días de rotación de cartera en los meses de enero a noviembre 2022, el resultado fue de 1.061 días, lo cual evidencia que solo se realizó cumplimiento de la meta en el mes de noviembre el cual fue de 677 días.
Porcentaje de facturación radicada en el periodo	95%	78%	Se evidencia que de la meta programada la cual corresponde al 95% de la facturación radicada en el periodo, en los días que corresponde de la facturación radicada en los meses de enero a noviembre 2022, el resultado fue de 78%, lo cual evidencia que no se realizó cumplimiento de este indicador.
Porcentaje de glosa definitiva	5%	2.62%	Se evidencia que de la meta programada la cual corresponde al 5% de Porcentaje de glosa definitiva, en los días que corresponde de la glosa definitiva en los meses de enero a noviembre 2022, el resultado fue de 2.62%, lo cual evidencia que se realizó cumplimiento de este indicador. En el mes de marzo se evidencia que no hay dato confirmado ya que fue declinado por la supersalud debido a que presenta inconsistencia y diferencia respecto a los mismos periodos reportados en el mes de febrero 2022.
Porcentaje de glosa inicial (objeción)	10%	15.93%	Se evidencia que de la meta programada la cual corresponde al 10% de Porcentaje de glosa inicial (objeción), en los días que corresponde de la glosa inicial en los meses de enero a noviembre 2022, el resultado fue de 15.93%, lo cual evidencia que no se realizó cumplimiento de este indicador. En el mes de marzo se evidencia que no hay dato confirmado ya que fue declinado por la supersalud debido a que presenta inconsistencia y diferencia respecto a los mismos periodos reportados en el mes de febrero 2022.
<b>OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b> Corrección déficit presupuestal			
<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Balance presupuestal con recaudo (Obligaciones)	1	0.82	Se evidencia que de la meta programada la cual corresponde a 1 del balance presupuestal con recaudo, en los días que corresponde de los meses de enero a noviembre 2022, el resultado fue de 0.82, lo cual evidencia que se realizó cumplimiento de este indicador.

Balance presupuestal con reconocimiento (Obligaciones)	1,07	1.48	Se evidencia que de la meta programada la cual corresponde a 1.07 del balance presupuestal con reconocimiento, en los días que corresponde de los meses de enero a noviembre 2022, el resultado fue de 1.48, lo cual evidencia que no se realizó cumplimiento de este indicador
Porcentaje recuperación títulos judiciales	100%	18.20	En relación con el proceso de recuperación de depósitos judiciales, se informa a la Superintendencia Nacional de Salud, que para la mensualidad de agosto del 2022, se reportó una recuperación de recuperó 45, por valor de \$768.543.583,32, lo que representa una recuperación del 18,20%, reporte de recuperación que para la mensualidad de NOVIEMBRE se mantiene, toda vez, que no se presenta variación, por lo cual no hubo cumplimiento en este indicador debido a que la meta era el 100%.
Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las acciones constitucionales.	100%	100%	Se evidencia que el área jurídica de la ESE verifica el cumplimiento de las actividades judiciales dentro del periodo de enero a noviembre se contestaron todos los procesos judiciales dentro de los términos legales, por lo cual se da un cumplimiento del 100% como lo es la línea base en este indicador.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 13 compromisos estratégicos que hacen parte de 13 objetivos estratégicos en los que participa el área de Financiera, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 4 de los compromisos planteados, y se observa que en 9 de los objetivos no se realizó cumplimiento del mismo. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los trece (13) compromisos suscritos por el área de Financiera se obtiene una calificación del **31%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**



**8. FIRMAS:**



**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Implementación del sistema integrado de información

<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Porcentaje de implementación del sistema integrado de información	100%	93%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de Porcentaje de implementación del sistema integrado de información con un cumplimiento del 93%, incumpliendo con este indicador cuya meta es del 100%
Aplicativo para el envío múltiple de correo ante las EPS	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta actividad

**CONTROL INTERNO**

Mantenimiento de equipos de cómputos	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de este indicador, debido a que de los 367 mantenimientos programados en el año, se realizaron los 367 mantenimientos dando un cumplimiento del 100% de este indicador.
Actualización de página Web institucional (cumplimiento de la Ley 1712 de 2014)	100%	84%	Se realizaron actualización de información en el espacio de ley de transparencia según el requerimiento de la procuraduría en el aplicativo ITA, donde se evidencia el cumplimiento del 84%.
Actualización y mantenimiento y soporte de Dinámica Gerencial.Net	100%	100%	Durante el 2022 se suscribió contrato 950-2022 con la empresa SYAC para el mantenimiento y soporte de la oficina.
Actualización y mantenimiento de DARUMA	100%	100%	Se evidencia avance en la Propuesta Renovación Servicio de Soporte, Mantenimiento y Actualización 2022, teniendo como meta final el segundo trimestre 2023.
Actualización Licencia Antivirus	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de este indicador ya que la ESE tiene las licencia de antivirus actualizada hasta mayo 2023
Actualización de licencias de correo	100%	100%	Se evidencia el cumplimiento de este indicador ya que en el periodo 2022 se suscribió contrato 1211-2022 con la empresa FQ Tecnologías para la renovación de licencias de correos electrónicos.
Actualización de 150 Computadores y 1 servidor de datos	150	50	Se evidencia cumplimiento del 100 % en este indicador ya que la actualización de 150 computadores la meta para cumplirlos es hasta el 2024 y hasta el 2022 se realizó compra de 50 equipos de cómputos por medio del contrato 841-2022
Renovación de licenciamiento para reenvío Automático de correos Corporativos.	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta actividad

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 10 compromisos estratégicos que hacen parte de 10 objetivos estratégicos en los que participa el área de Sistema, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 6 de los compromisos planteados, y se observa que en 2 de los compromisos se obtuvo un avance parcial del mismo, mientras que en 2 de los compromisos no se obtuvo ningún tipo de avance. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los Once (10) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del **77.7%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**



**8. FIRMAS:**

*Juan Antonio Deza U.*

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Plan de seguridad y privacidad de la información.

<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Ajuste Política y Privacidad de la Información.	100%	100%	Documento con la política de seguridad Ajuste Política de la información, Seguridad y debidamente aprobado por la alta Dirección y socializada al interior de la Entidad.
Ajuste Política y Privacidad de la Información.	100%	100%	Manual con las políticas de seguridad y privacidad de la información, debidamente aprobadas por la alta dirección y socializadas al interior de la Entidad
Ajuste Política y Privacidad de la Información.	100%	100%	Procedimientos debidamente documentados, socializados y aprobados por la alta dirección y socializados.
Ajuste Roles y responsabilidades de seguridad y privacidad de la información.	100%	0%	Acto administrativo a través del cual se crea o se modifica las funciones del comité gestión institucional (o el que haga sus veces), en donde se incluyan los temas de seguridad de la información en la entidad, revisado y aprobado por la alta Dirección, deberá designarse quien será el encargado de seguridad de la información dentro de la entidad.

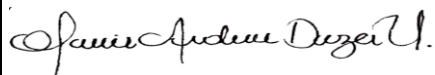
Ajuste Inventario de activos de información.	100%	0%	Documento con la metodología para identificación, clasificación y valoración de activos de información, validado por el comité de seguridad de la información o quien haga sus veces revisado y aprobado por la alta dirección. Matriz con la identificación valoración y clasificación de activos de información. Documento con la caracterización de activos de información, que contengan datos personales Inventario de activos de IPv6
Integración del MSPI con el Sistema de Gestión documental	100%	0%	Integración del MSPI, con el sistema de gestión documental de la entidad
Identificación, Valoración y tratamiento de riesgo.	100%	0%	Documento con la metodología de gestión de riesgos. Documento con el análisis y evaluación de riesgos. Documento con el plan de tratamiento de riesgos. Documento con la declaración de aplicabilidad. Documentos revisados y aprobados por la alta Dirección.
Plan de Comunicaciones	100%	0%	Documento con el plan de comunicación, sensibilización y capacitación para la entidad.
Plan de diagnóstico de IPv4 a IPv6.	100%	0%	Documento con el Plan de diagnóstico para la transición de IPv4 a IPv6.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 9 compromisos estratégicos que hacen parte de 9 objetivos estratégicos en los que participa el área de Sistema , se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 3 de los compromisos planteados, y se observa que en 6 de los compromisos no se obtuvo ningún tipo de avance. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los tres (3) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del **33.3%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

**8. FIRMAS:**





**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Plan de seguridad y privacidad de la información.

<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Identificación del Riesgo	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Análisis del riesgo	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Valoración inicial del riesgo	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Tratamiento y seguimiento del riesgo	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 4 compromisos estratégicos que hacen parte de 4 objetivos estratégicos en los que participa el Área de Sistema, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 0% en 4 de los compromisos planteados. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los cuatros (4) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del 0%.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**



**8. FIRMAS:**

*Javier Arce de Dezer U.*

**1. FECHA:** 29/01/2023

**2. DEPENDENCIA A EVALUAR:** MERCADEO Y COMUNICACIONES

**3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: MERCADEO**

**3.1** Revisión y ajuste de mecanismos de venta de servicios a diferentes pagadores.

<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Valor de ingresos percibido en el periodo de los operadores de servicios	\$36.000.000	0	Se evidencia que durante el periodo de enero a noviembre de 2022 el resultado es de \$0, toda vez que no se percibe ingreso por concepto de facturación del porcentaje según contratación, por lo cual no se cumplió este indicador.
Porcentaje de cumplimiento en la meta de facturación del período	100%	120%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se cumplió en un 120% con la meta de facturación propuesta al inicio de la intervención (\$4.111.817.695) al generar una facturación promedio de \$ \$4.932.883.939, superando la meta establecida en un 20%
Valor de facturación del período	\$4.111.817.695	\$4.932.883.939	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se cumplió con la meta de facturación propuesta al inicio de la intervención (\$4.111.817.695) al generar una facturación promedio de \$ \$4.932.883.939, superando la meta establecida para este indicador.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 3 compromisos estratégicos que hacen parte de 1 objetivo estratégicos en los que participa el AREA DE MERCADEO, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento por encima de la meta, con un resultado 120% en 2 de los compromisos planteados, y se observa que en 1 de los compromisos no se obtuvo ningún tipo de avance. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los Tres (3) compromisos suscritos por el Área de Mercadeo se obtiene una calificación del **66.6%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

- Se recomienda realizar acciones encaminadas a la recuperación de los ingresos que no se pudieron percibir en el periodo ingresos por conceptos de facturación del porcentaje según contratación con los operadores externos.

**8. FIRMAS:**



**1. FECHA:** 29/01/2023

**2. DEPENDENCIA A EVALUAR:** SUBGERENCIA CIENTIFICA

**3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** *Mejoramiento calidad de atención*

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (días)	6 días	5.6 días	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de tiempo promedio de espera para la asignación de citas en consulta especializada de 5.6 días, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias (minutos)	10 minutos	6.36	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II de 6.36 minutos, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.

Tiempo promedio de espera para en la atención en consulta de Urgencias Triage II (minutos)	20 minutos	6.27	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II de 6.27 minutos, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.
Porcentaje de cancelación de cirugía programada	3%	0.76%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de porcentaje de cancelación de cirugía programada de 0.76%, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.
Porcentaje de ocupación en urgencias	90%	90%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de porcentaje de ocupación en urgencias del 90%, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.
Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	5%	7.5%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de porcentaje de pacientes con estancia superiores a 24 horas en urgencias de 7.5%, con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador, el cual la meta es del 5%.
Revisión y cumplimiento de requisitos de habilitación por servicios	85%	80%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de porcentaje de revisión y cumplimiento de requisitos de habilitación por servicios es del 80%, con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 85%.
Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica	100%	93%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica es del 93%, con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 100%.
Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización	100%	96,23%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización es del 96.23%, con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 100%.
Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	100%	92%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de porcentaje de vigilancia de eventos adversos es del 92%, con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 100%.

Razón de Mortalidad Materna x 1000	0,9	1.84	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de Razón de Mortalidad Materna x 1000 es del 1.84 con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 0.9.
Tasa de mortalidad mayor a 48 horas	0,51%	0.57%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de Tasa de mortalidad mayor a 48 horas es del 0.57% con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 0.51%.
Tasa de mortalidad perinatal x 1000	14	13.27	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de Tasa de mortalidad perinatal x 1000, es del 13.27 con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 14.
Tasa global de infección hospitalaria	5%	1.54%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de Tasa global de infección hospitalaria, es del 1.54% con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 5%.

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Mejoramiento en la percepción de calidad de servicios por parte de los usuarios.

<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS x 100%	95%	94.4%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2022 se obtiene un resultado de satisfacción global de usuarios del 94.4%, el cual se acerca a la meta propuesta en este indicador que corresponde al 95%, por lo cual no se cumple con este indicador.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 15 compromisos estratégicos que hacen parte de 15 objetivos estratégicos en los que participa la Subgerencia científica, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 8 de los compromisos planteados, y se observa que en 7 de los compromisos se obtuvo un avance parcial del mismo. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los Quince (15) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del **53.3%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

**8. FIRMAS:**



<b>1. FECHA:</b> 29/01/2023		<b>2. DEPENDENCIA A EVALUAR:</b> PLANEACION	
<b>3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b> Seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención del Ciudadano			
<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
Actualización de la política de administración del riesgo en lo referente a los lineamientos sobre gestión del riesgo de corrupción y fraude	100%	100%	La E.S.E. mediante la Resolución N° 240 del 16 de septiembre del 2022, se aprueba y adopta el manual de políticas y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR), el cual integra los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos de Activos y Financiación del Terrorismo de Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOE en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López.

**CONTROL INTERNO**

Socializar las políticas de Administración del riesgo. Evaluación de la implementación de la política de administración del riesgo de la entidad con el fin de verificar su cumplimiento y apropiación por cada proceso de la entidad en cuanto a la gestión de riesgos de corrupción	100%	50%	Se realizó socialización de las políticas institucionales y en septiembre del el manual de políticas y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR) en comité MIPG (ver actas anexas). Tener en cuenta que en el comité se reúnen líderes de procesos administrativos y asistenciales.
Consolidar los riesgos de corrupción identificados, validar y publicar. Brindar asistencia técnica frente a las inquietudes generadas en la identificación de riesgos de corrupción y fraude	100%	50%	Se realizó socialización de las políticas institucionales y en septiembre del el manual de políticas y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR) en comité MIPG (ver actas anexas). Tener en cuenta que en el comité se reúnen líderes de procesos administrativos y asistenciales.
Validar la actualización de los mapas de riesgos de corrupción y fraude identificados por los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control de la entidad.	100%	50%	Se evidencia mapa de riesgos de corrupción creado el mismo debe actualizarse de acuerdo a la nueva metodología establecida por el DAFP y el nuevo manual de SIGR.
Actualizar riesgos de corrupción y Solicitar asesoría técnica para la identificación de riesgos de corrupción relacionados con la pandemia COVID-19	100%	50%	Se evidencia mapa de riesgos de corrupción creado el mismo debe actualizarse de acuerdo a la nueva metodología establecida por el DAFP y el nuevo manual de SIGR.
Publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y los mapas de riesgos de corrupción y fraude de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control de la ESE HRPL. Página Web.	100%	100%	Se evidencia plan de anticorrupción y atención al ciudadano.
Publicar los mapas de riesgos de corrupción y fraude actualizados de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control de la entidad	100%	100%	Se evidencia mapa de riesgos de corrupción creado el mismo debe actualizarse de acuerdo a la nueva metodología establecida por el DAFP y el nuevo manual de SIGR.
Divulgar la política de administración del riesgo en la entidad Hospitalaria a todas las partes interesadas y Líderes de procesos de la ESE	100%	50%	Se evidencia socialización en comité MIPG y pagina web, pendiente socializar a todos el personal de la ESE.
Realizar monitoreo a los mapas de riesgos de corrupción y fraude de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control de la entidad	100%	50%	Se evidencia seguimiento por parte de la oficina de control interno se debe realizar monitoreo permanente por los líderes de procesos y el área de planeación.

**CONTROL INTERNO**

Realizar seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción y fraude de la entidad al tercer año	100%	0%	No se evidencia seguimiento al mapa de riesgos de corrupción por parte de planeación, se debe ajustar de acuerdo a la actualización del mapa de riesgos.
Realizar pruebas de recorrido y monitoreo aleatorio a la gestión de los riesgos	100%	50%	Se evidencia seguimiento por parte de la oficina de control interno se debe realizar monitoreo permanente por los líderes de procesos y el área de planeación.
Presentar reportes de seguimiento al comité de gestión y desempeño institucional de la ESE.	100%	0%	No se evidencia presentación de informes de seguimiento a los riesgos en el comité de MIPG.
Definir e implementar un plan de racionalización o mejora para trámites y servicios ofrecidos por la ESE.	100%	100%	Se cuenta con plan de acción en el plan anticorrupción pero la implementación es deficiente.
Capacitación del Sistema Único de Información de Trámites- SUIT. Diagnosticar y priorizar los trámites y servicios que debe intervenir la Entidad para su mejora.	100%	100%	Se evidencia el cumplimiento de esta acción, con el listado de asistencia de capacitación.
Diagnosticar y priorizar los trámites y servicios que debe intervenir la Entidad para su mejora en 2022.	100%	50%	Diagnosticar y priorizar los trámites y servicios que debe intervenir la Entidad para su mejora en 2022.
Socializar a los ciudadanos las mejoras implementadas en los trámites y servicios de la Entidad	100%	0%	No se evidencia el cumplimiento de esta acción ya que no se priorizaron tramites ni se socializaron las mejoras a los ciudadanos para esta vigencia.
Divulgar las condiciones de acceso a los trámites y servicios ofrecidos por la entidad a través de medios físicos y virtuales.	100%	0%	No se evidencia el cumplimiento de esta acción ya que no se priorizaron tramites, ni se divulgaron las condiciones de acceso a los tramites a través de medios físicos y virtuales.
Brindar información a la comunidad con respecto a los temas recurrentes de las peticiones, quejas, reclamos o denuncias recibidas en los organismos.	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de esta actividad
Convocar Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2021. Dar a conocer los resultados de la gestión de la entidad a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control.	100%	100%	Se evidencia publicación de la invitación por la página web de la ESE.



Realizar evento de rendición de cuentas del Gerente y su Colaboradores en el que se desarrollarán los temas definidos por la comunidad mediante consulta ciudadana.se sube un informe en la página institucional con el objetivo que estos sean conocedores de la actividad y pueda presentar preguntas	100%	100%	Se evidencia soportes de la realización de la audiencia pública en la fecha programada. No se puede verificar la fecha de publicación de la invitación para el cumplimiento de la circular 008 de 2018.
Participación de la comunidad y de los entes gubernamentales y no gubernamentales en la audiencia de rendición de cuentas permitiendo que estos formulen inquietudes o pregunta sobre l gestión de la Gerencia de la E.S.E. siempre y cuando se ajunten al manual de rendición de cuentas de la DAFP.	100%	100%	Se evidencia soportes de la realización de la audiencia pública en la fecha programada con la participación de la comunidad. Ajustar el producto el cual debe ser audiencia de rendición 2021.
Generar espacios de participación ciudadana en el marco del Proceso de Rendición de Cuentas.	100%	100%	Se evidencia la realización de la audiencia pública se debe continuar con la generación de espacios de participación ciudadana.
A través de la Asociación de Usuarios de la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López, se hace énfasis de la importancia de la participación a la audiencia de rendición de cuentas, y que es allí donde podemos exigir y verificar si se está cumpliendo la Misión del Hospital.	100%	100%	Se evidencia la realización de la audiencia pública se debe continuar con la generación de espacios de participación ciudadana.
Realizar actividades para fomentar la cultura de petición de Cuentas por los grupos de valor de cada organismo (publicaciones, correos masivos, entre otros)	100%	100%	Se evidencia la creación del menú participa para fomentar cultura de petición por los grupos de valor.
Una vez realizada la Audiencia de rendición de Cuentas, la comunidad en general debe evaluar por medio de encuesta con el fin de que la asociación proceda a levantar un Plan de Mejoramiento con las debilidades detectadas en la rendición.	100%	100%	Se evidencia encuesta diligenciada y cargada a la página web, no se levantó plan de mejoramiento porque no se evidenciaron debilidades.
Estructurar informe y acta de la Audiencia Pública de Rendición de cuentas, publicarla en la página web institucional y enviarla a la Supersalud.	100%	100%	Se evidencia informe y acta de audiencia pública y el cargue del formato GT-003 Súper salud y en la página web de la ESE.

Realizar ajuste y difusión del Portafolio de servicios al Usuario Interno, Externo, a las diferentes EAPB y comunidad en general.	100%	100%	Se evidencia portafolio pero no se evidencia difusión del mismo.
Dar a conocer las condiciones de acceso a los bienes y servicios ofrecidos por la entidad a través de medios físicos y virtuales.	100%	100%	Se evidencia actividades de propaganda a los bienes y servicios de la ESE
Realizar seguimiento al cumplimiento de las especificaciones médica a familiares de los pacientes hospitalizados e intervenir en su momento.	100%	0%	No se evidencia el cumplimiento de esta actividad
Realizar consolidación de las peticiones presentadas por la población de condición especial (menores de edad, personas en situación de discapacidad, mujeres embarazadas), e incluir en informe PQR.	100%	100%	Se evidencia informe PQR consolidado y se cuenta con un ítem para población con condiciones especiales.
Consolidar estadísticas sobre tiempos de espera, tiempos de atención de los servicios demandados priorizados en consulta externa y aplicar las mejoras que se consideren pertinentes según el análisis.	100%	100%	Se evidencia consolidado con tiempos de espera por especialidad con corte al mes de Diciembre.
Continuar con la socialización la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en página web de la institución.	100%	100%	Se evidencia publicación de la política en la página web de la ESE: <a href="https://hrplopez.gov.co/sitio/index.php/es/nuestro-hospital/politicas">https://hrplopez.gov.co/sitio/index.php/es/nuestro-hospital/politicas</a>
Continuar con la socialización del Link de denuncia de posibles actos de corrupción que se encuentra en la página web de institución.	100%	100%	Se evidencia el link pero se debe socializar al personal interno y externo.
Afianzar la cultura de servicio al ciudadano en los servidores públicos de la entidad en Capacitación del Talento Humano de la E.S.E HRPL en temas relacionados con Atención al Ciudadano a todos los servidores públicos, en el siguiente tema: -Ética y valores del servidor público.	100%	100%	Se evidencia Capacitación en el código de integridad y sensibilización en el código de integridad en el proceso inducción y reinducción y su publicación en la página web y las instalaciones de la ESE.

Mantener estrategias en el Programa de Incentivos para destacar el desempeño de los servidores en relación al servicio prestado al ciudadano.	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de las actividades del programa de incentivos de acuerdo a la actualización realizada en el último cuatrimestre.
Realizar la caracterización del grupo de valor según la normatividad vigente, Decreto 1499 del 2017	100%	0%	No se evidencia la realización de la caracterización del grupo de valor según la normatividad vigente.
Realizar socialización de los Derechos y Deberes de los usuarios a los funcionarios de la ESE.	100%	0%	No se evidencia socialización de los derechos y deberes a los funcionarios de la ESE
Realizar encuestas de satisfacción a los Usuarios.	100%	100%	Se evidencia que se realizan las encuestas a través del Link: <a href="https://forms.gle/m56CxveKyrzk8oDh8">https://forms.gle/m56CxveKyrzk8oDh8</a> . Se anexa consolidado de indicador proporción de satisfacción
Publicar en la página web de la E.S.E el Informe de PQRSD.	100%	100%	Se evidencia seguimiento al indicador de PQRS en el plan de acción supersalud y seguimientos a las PQRS por la oficina de control interno.
Actualizar la Web de acuerdo a la Ley 1712 del 2014 (Ley de Transparencia)	100%	100%	Se evidencia página web Actualizada, se deben subsanar las recomendaciones generadas en el informe ITA
Publicación oportuna de la información sobre Contratación Pública en SECOP y SIA Observa.	100%	100%	Se evidencia cargue oportuno en el SIA y SECOP se debe cargar toda la documentación de la etapa contractual.
Dar cumplimiento a las respuestas de las SOLICITUDES DE INFORMACIÓN en los términos establecidos en la Ley.	100%	100%	Se evidencia respuestas a las PQRS por parte de SIAU, Se evidencia matriz de solicitudes de información.
Dar cumplimiento a las respuestas de las PETICIONES en los términos establecidos en la Ley.	100%	100%	Se evidencia respuestas a las PQRS por parte de SIAU, Se evidencia matriz de peticiones con corte a diciembre 2022

Elaborar el Registro o inventario de activos de información.	100%	50%	En la vigencia evaluada se encuentra en actualización el inventario de activos de información pero el mismo no se encuentra aprobado
Dar a conocer las estrategias de comunicación en medios electrónicos que se definió para facilitar la accesibilidad de la información pública.	100%	50%	Se evidencia matriz de pqrs con los parámetros, no se evidencia matriz de derechos de petición.
Generar un informe de solicitudes de acceso a información que contenga: 1. El número de solicitudes recibidas. 2. El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3. El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.	100%	50%	Se evidencia matriz de pqrs con los parámetros, se evidencia matriz de Peticiones a diciembre 2022
Publicar informe sobre las demandas en contra de la ESES	100%	100%	Se cuenta con relación de procesos judiciales a Diciembre 2022

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 47 compromisos estratégicos que hacen parte de 47 objetivos estratégicos en los que participa el área de Planeación, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 29 de los compromisos planteados, y se observa que en 11 de los compromisos se obtuvo un avance parcial del mismo, y se evidencia que en 7 de los compromisos planteados se obtuvo un 0%. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los cuarenta y siete (47) compromisos suscritos por el área de Planeación se obtiene una calificación del **73%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

➤

**8. FIRMAS:**

*Javier Arduini Dezer U.*

**1. FECHA:** 29/01/2023

**2. DEPENDENCIA A EVALUAR:** PLANEACION

**3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Seguimiento del Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2022

<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>

Diseño y divulgar las responsabilidades SST	100%	100%	Se evidencia que se asignaron las responsabilidades de SST, de acuerdo a todos los niveles de la organización, La divulgación de las responsabilidades dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo se ha estado realizando durante las inducciones del personal, así mismo por medio de capacitaciones en cada una de las áreas asistenciales y administrativas de la E.S.E
Desarrollo del plan de capacitación anual SST	100%	94%	Se evidencia el diseño del plan de capacitación de acuerdo a normatividad, y a las condiciones de seguridad y salud que se evidenciaron en la E.S.E. En cuanto al desarrollo se han estado aprovechando las inducciones al personal nuevo y se adelantan temas como las normas de bioseguridad, prevención de caídas a nivel, manejo de extintores contra incendios y ciclo de seguridad. En los meses de septiembre a diciembre se realizaron capacitaciones presencial, donde se socializaron temas relacionados a Política de seguridad y salud en el trabajo, política de alcohol, tabaco y drogas, Bioseguridad, matriz de riesgo (identificación peligro, evaluación y valoración del riesgo); riesgo biológico "manejo de cortopunzantes" Así mismo el entrenamiento a la brigada de emergencia conformada por miembros de la E.S.E, donde se reforzó las medidas de acción antes, durante y después de una emergencia. Por otra parte se realizó de manera presencial
Reuniones del Comité de convivencia laboral y COPASST	100%	100%	Se evidencia la realización de las reuniones durante el cuarto trimestre, el COPASST de manera mensual y el comité de convivencia laboral de manera trimestral. Con una participación efectiva de los integrantes de dichos comités. (Se conformaron para el mes de octubre y noviembre los comités para periodo 2022-2024)
Realización de inducciones	100%	100%	Se evidencia desde el mes de septiembre a diciembre de 2022 se realizaron inducciones en seguridad y salud en el trabajo.
Realización de reinducciones	100%	52.83%	Se evidencia las reinducciones realizada se hicieron de forma dinámica y por actividades lúdicas, asimismo por medio de capacitaciones en las cuales se esperaban un total de 600 funcionarios y asistieron 317 que corresponde al 52.83%
Cumplimiento del Plan de trabajo anual del SG-SST	100%	90.9%	Se evidencia el logró un cumplimiento del plan de trabajo para el 4 trimestre de un 90.9% hasta el mes de diciembre, de acuerdo a la reestructuración del proceso de seguridad y salud en el trabajo

**CONTROL INTERNO**

Manejar estadísticas de ausentismo	100%	100%	Se evidencia el ausentismo por enfermedad y accidentes, se ha estado ingresando en la matriz de ausentismo según disponibilidad de la información para su ingreso a la matriz, las ausencias por otros aspectos se ha ingresado de manera mensual dado que depende del reporte de novedades de Talento humano.
Desarrollar actividades de promoción y prevención acorde a sistema de jerarquización para peligros y diagnóstico de condiciones de salud	100%	66.7%	Se evidencia que se han estado realizando actividades varias de acuerdo a los riesgos identificados como: socialización de normas de bioseguridad, ciclo seguro haciendo referencia al riesgo biológico, además del refuerzo de las medidas de prevención para disminución de contagios por COVID-19, de las 300 ausencias esperadas, asistieron 200 para un total de 66.7%.
Desarrollar los sistemas de vigilancia epidemiológica necesarios según la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos	100%	100%	Se evidencia la realización y aplicación de protocolo de manejo de accidentes biológicos y seguimiento a trabajadores accidentados, se gestionó el cierre de casos pendientes Respecto al Programa de Vigilancia Psicosocial para intervención de acuerdo a batería psicosocial realizada en 3er trimestre del año, aplicando las recomendaciones a los trabajadores y contratistas con apoyo de la ARL, se realizó meta de trabajo de octubre 2022 a octubre 2023 en donde según el cronograma en el último trimestre 2022 se realizaría el diagnóstico y se cumplió en un 100%.
Realizar de exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódico y egreso.	100%	97.5%	Se evidencia desde septiembre hasta diciembre de 2022 se realizaron un total de 39 exámenes ocupacionales, entre periódicos ingreso y egreso de personal de planta, con un cumplimiento en la ejecución por parte de trabajadores y ex trabajadores del 97.5%. Así mismo se vigiló el cumplimiento de la realización de exámenes ocupacionales por parte de las contratistas.
Perfil sociodemográfico	100%	75.6%	Se evidencia por medio de la plataforma ALISSTA, se envió link a empleados, para la actualización de los perfiles sociodemográficos de trabajadores de plantas y contratistas, de las 299 personas en estudio, solo se realizó a 226 lo que corresponde a un 75.6%.
Comunicar por escrito los resultados de los conceptos médicos ocupacionales a los trabajadores	100%	100%	Se evidencia la entrega los resultados de los conceptos de aptitud emitidos por el médico laboral de la IPS SOINTE LTDA.

Reportar y registrar los accidentes e incidentes de trabajo	100%	100%	Se evidencia la realización de 6 reportes de accidentes de trabajo en el cuarto trimestre del año 2022, comparado con el 4to trimestre del año 2021 que no se reportó accidente laboral, tenemos un incremento de reportes de accidente debido a la adherencia de las capacitaciones realizadas de la importancia del reporte de accidentes laborales.
Investigar los accidentes e incidentes de trabajo	100%	100%	Se evidencia que a medida que se han venido presentando los accidentes de trabajo, se han ido realizando las investigaciones en compañía del COPASST y los jefes inmediatos con una cobertura del 100% de las investigaciones de accidentes laborales.
Dosimetrías al personal expuesto al peligro de radiaciones ionizantes	100%	100%	Se evidencia que durante el IV trimestre del año 2022 se realizó seguimiento a la exposición a radiaciones ionizantes del personal de cirugía, Igualmente al contratista del servicio de radiología, Se le solicito informes de dosímetros y verificamos los niveles de exposición se mantienen mínimos.
Realización de inspecciones	100%	100%	Se evidencia la realización de inspecciones de extintores, de los botiquines de primeros auxilios, camillas de emergencias y de seguridad en las diferentes áreas, generando los informes y acciones correctivas para que cada área responsable ejecute las acciones, a éstos se les hace seguimiento.
Realizar entrega de elemento de protección personal y dotación a los trabajadores y verificar el cumplimiento por parte de trabajadores y contratistas	100%	89%	Se evidencia que durante el año 2022 se han entregado los elementos de protección personal que son suministrados por el área de almacén. Respecto al personal contratista se evidencia en sus actividades diarias el uso de EPP suministrados por las mismas, con un 89% de cobertura de EPP.
Divulgar Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	100%	71.59%	Se evidencia que el plan de emergencias se ha socializado en las inducciones, reinducciones y capacitaciones por áreas la cobertura en el 3er y 4to trimestre fue de un 50% y 93.18%. Respectivamente, para lo cual un promedio del segundo semestre corresponde al 71.59% donde no se realiza el cumplimiento de este indicador.
Continuar conformación de brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	100%	36%	Se evidencia que aunque la convocatoria permanece abierta de manera indefinida solo se cuenta con 36 brigadistas, pero este número no es suficiente dado que se requiere al menos 100 personas en la brigada, han salido de la empresa varios brigadistas, lo cual ha reducido el número disponible de brigadistas entrenados, por lo cual si la meta es tener 100 brigadista y se tienen 36, no se está cumpliendo con este indicador ya que se encuentra en el 36%.

Socialización de política de Seguridad y Salud en el Trabajo	100%	52.83%	Se evidencia que la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo se socializa durante las inducciones de seguridad y salud en el trabajo con una cobertura del 52.83%, de los 600 esperados se realizaron 317 lo cual corresponde al 52.83%.
Actividades relacionadas con la contingencia COVID-19	100%	52.83%	Se evidencia que desde el mes de Septiembre se realizó de forma consecutiva la socialización del manual de bioseguridad y el anexo relacionado a los cuidados frente al covid-19, de los 600 esperados se realizaron 317 lo cual corresponde al 52.83%.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 21 compromisos estratégicos que hacen parte de 21 objetivos estratégicos en los que participa la Subdirección Administrativa y Financiera, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 10 de los compromisos planteados, y se observa que en 11 de los compromisos se obtuvo un avance parcial del mismo. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los veintiún (21) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del **84%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**



**8. FIRMAS:**

*Javier Arce Deza U.*

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Plan de seguridad y privacidad de la información.

<b>5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL</b>	<b>5.1. Meta</b>	<b>5.2. Resultado (%)</b>	<b>5.3. Análisis de Resultados</b>
--	------------------	---------------------------	------------------------------------



Identificación del Riesgo	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Análisis del riesgo	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Valoración inicial del riesgo	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Tratamiento y seguimiento del riesgo	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 4 compromisos estratégicos que hacen parte de 1 objetivos estratégicos en los que participa el área de sistema, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 0% en 4 de los compromisos planteados. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los cuatro (4) compromisos suscritos por el área de sistema se obtiene una calificación del **0%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

➤

**8. FIRMAS:**

*James Andrew Dezer U.*

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Seguimiento plan de capacitaciones

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
---	-----------	--------------------	-----------------------------

Eficacia y eficiencia de las capacitaciones.	90%	92%	Se evidencia cumplimiento de este objetivo ya que de las 40 capacitaciones programadas, se realizaron 37 lo que corresponde al 92%.
Asistencia a las capacitaciones programadas	90%	Sin medición	Se evidencia que no se estaba realizando seguimiento de este objetivo.
Eficacia programa de inducción	100%	94%	Se evidencia que de las 149 personas que ingresaron, se realizó el proceso de inducción a 139 personas que corresponde al 94%, dando como resultado el no cumplimiento de la meta esperada.
Eficiencia del programa de inducción.	95%	73%	Se evidencia que de las 149 personas que se realizó la evaluación del programa de inducción, se observa que 109 personas sacaron puntaje mayor de 4 que corresponde al 73%, dando como resultado el no cumplimiento de la meta esperada.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluados los 4 compromisos estratégicos que hacen parte de 4 objetivos estratégicos en los que participa la Subdirección Administrativa y Financiera, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 92% en 1 de los compromisos planteados, y se observa que en 2 de los compromisos se obtuvo un avance parcial del mismo, mientras que en uno de los objetivos no se realizó medición del mismo, debido a que no se estaba realizando seguimiento a este objetivo. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los tres (3) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del **86.3%**.


**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**




**8. FIRMAS:**

*Javier Andrés Dezer U.*

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Seguimiento plan de Incentivo

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Desarrollar condiciones de bienestar laboral para los funcionarios que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida incluyendo su núcleo familiar.	100%	100%	Se evidencia la ejecución de las 20 actividades programadas, lo cual corresponde al 100%.
<b>6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> Una vez evaluados el 1 compromisos estratégicos que hacen parte del 1 objetivos estratégicos en los que participa la Subdirección Administrativa y Financiera, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 1 de los compromisos planteados. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de uno (1) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del <b>100%</b> .			
<b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>  ➤			
<b>8. FIRMAS:</b> 			

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
El Plan Anual de Vacantes tiene por objeto estructurar y actualizar la información relacionada de los cargos vacantes de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López Nivel II con el propósito de programar la provisión de los empleos con vacancia definitiva de la vigencia actual	100%	100%	Se evidencia el reporte al SIMO de los cargos vacantes (5), que corresponden al 100%
<b>6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</b> Una vez evaluados el 1 compromisos estratégicos que hacen parte de 1 objetivos estratégicos en los que participa la Subdirección Administrativa y Financiera, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 1 de los compromisos planteados. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los un (1) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del <b>100%</b> .			
<b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>  ➤			
<b>8. FIRMAS:</b> 			

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Seguimiento plan de Prevision de Recursos Humanos.

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Definir claramente los lineamientos y la forma de provisión del talento humano de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, Valledupar-Cesar, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y buscar a su vez mejorar los procesos de gestión administrativa dando cumplimiento a las disposiciones legales	100%	0%	Se evidencia el reporte al SIMO de los cargos vacantes (5), no fue provisto ninguno de los cargos en vacancia definitiva. Con un incumplimiento de la meta planteada.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**  
Una vez evaluados el 1 compromisos estratégicos que hacen parte de 1 objetivos estratégicos en los que participa la Subdirección Administrativa y Financiera, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 0% en 1 de los compromisos planteados. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de cero (0) compromisos suscritos por la subdirección Administrativa se obtiene una calificación del 0%.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

➤

**8. FIRMAS:**

*Javier Ardeum Dezer U.*

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:** Subgerencia administrativa-Plan Institucional de Archivo PINAR

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Socialización de la Política institucional de Gestión Documental.	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de esta acción aprobada el 15 de diciembre de 2022 y socializada el día 21 de diciembre 2022, por lo cual se determina un porcentaje de cumplimiento de 100%

Socialización modelo para realizar Inventario Documental en cada unidad funcional.	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de esta acción el cual fue desde el 16 de agosto socializado y se realizaron los acompañamientos respectivos a cada unidad funcional, por lo cual se determina un cumplimiento del 100%.
Socialización, elaboración y aplicación de las Tablas de Retención Documental	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Socialización de la metodología para la elaboración de las Tablas de Valoración Documental	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Socialización del Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de esta acción el cual fue desde el 17 de agosto socializado y se realizaron los acompañamientos respectivos a cada unidad funcional, por lo cual se determina un cumplimiento del 100%.
Sistema Integrado de Conservación SIC	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.
Programa de Gestión Documental	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 0%.

**6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Una vez evaluado el PINAR, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 3 de los compromisos planteados, y un cumplimiento del 0% en 4 de los compromisos planteados. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de 7 compromisos suscritos en el PINAR se obtiene una calificación del **42%**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

- Se recomienda realizar las gestiones pertinentes para darle cumplimiento al cronograma del PINAR 2022.

**8. FIRMAS:**

*Javier Arce Díaz U.*

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

- El resultado de la evaluación de cada una de las dependencias debe ser tenida en cuenta para la formulación de los compromisos de los funcionarios para la vigencia 2023 y en base a las nuevas estrategias planteadas para la vigencia 2023.
- Se deben analizar los resultados de cada uno de los objetivos estratégicos y replantear acciones para el 2023 en los planes de acción y garantizar su ejecución.
- Para la vigencia 2023 se recomienda que las metas propuestas sean adecuadamente planeadas desde el inicio del año de forma tal que se dé cumplimiento a las mismas.
- Revisar en comité de gestión y desempeño que todos las dependencias creen sus planes operativos para la vigencia 2023, y que los mismos sean revisados y aprobados, debido a que en la vigencia 2022 quedaron dependencias sin formular sus planes o acciones que no se articulaban con las estrategias del plan de desarrollo y por lo tanto sin seguimiento y evaluación.

Cordialmente,



María Andrea Daza Urbina  
**Asesora de Control Interno**