

1. OBJETIVO:

Evaluar la Gestión por Dependencias de la HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, para la vigencia 2023 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 2023, 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 2023, 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 2024.

METODOLOGÍA:

Se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación el Plan de acción Anual consolidado al 31 de diciembre de 2023, 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 2023, en la ESE; Para lo cual se remite los planes y seguimiento que cuenta con ESE como lo son plan de acción del proceso de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y planes institucionales del decreto 612 de 2018, las cuales se presentan a continuación:

Anexo No. 1

1. FECHA: 29/01/2024		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. MANTENIMIENTO	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Fortalecimiento de procesos de mantenimiento preventivo y correctivo de la entidad.			
4.1 COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Porcentaje de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo en la entidad	100%	98.83%	Se evidencia que de 5.849 programadas, en el programa de mantenimiento preventivo de la entidad se realizaron 5.781, en el periodo de enero a noviembre 2023, que corresponde al 98.83%.
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Fortalecimiento de procesos de selección, vinculación y mantenimiento del recurso humano, reorganización del área y Saneamiento de deudas laborales incluyendo aportes patronales.			
4COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Monto de deuda por descuentos de nómina	\$24.259.407	\$20.943.552	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 \$20.943.552, quedando por debajo de la línea base del indicador.
Monto de la deuda de aportes a seguridad social	\$60.868.300	\$765.269.490	Se evidencia que la ESE presenta deuda acumulada a noviembre 30 de 2023, por valor de \$765.269.490, el cual se encuentra conformado por los siguientes valores: deuda de seguridad social del periodo en evaluación por \$62.538.800 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	\$21.734.187.395	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 \$21.734.187.395 millones de pesos, de los cuales \$3.443 millones de pesos corresponden a deudas adquiridas en la vigencia 2023 y 33 millones que corresponden a deudas adquiridas en la vigencia 2022, y que estos corresponden al 15,84% del monto reportado, el saldo restante, es decir, \$18.290 millones de pesos con una participación del 84,16% 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

4.3 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	\$31.052.602.009	Se evidencia que a noviembre 30 de 2023 según los estados financieros de la entidad, Con corte a noviembre 30 de 2023, según los estados financieros de la entidad, se reporta una utilidad acumulada de enero a noviembre por \$31.052 millones de pesos, resultado que permite el cumplimiento de la meta pactada.
Depuración de estados financieros	Estados financieros razonables	Estados financieros razonables	Se evidencia que para el periodo noviembre de 2023 El resultado de razonabilidad de estados financieros al corte evaluado, es derivado de las acciones de depuración adelantas desde el inicio de la medida de intervención, tales como: 1. Conciliaciones entre los módulos que integran la contabilidad de la institución. 2. Depuración de saldos inexistentes en las diferencias cuentas que integran el estado de la situación financiera. 3. Baja de saldos de cartera. 4. Implementación de procesos y procedimientos de las áreas de cuentas por pagar, admisiones, facturación, radicación, cartera, entre otras y en especial de la implementación de políticas contables. 5. Registro oportuno de ingresos, costos y gastos.

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

4.4 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	377 días	448 días	Se evidencia que de la meta programada la cual corresponde a 377 días, en los días de rotación de cartera en los meses de enero a noviembre 2023, el resultado fue de 448 días, lo cual evidencia que se realizó cumplimiento de la meta en los meses de septiembre 369, octubre 358 y noviembre 354 días.
Porcentaje de facturación radicada en el período	95%	89%	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 2023, el resultado fue de 89%, lo cual evidencia que no se realizó cumplimiento de este indicador.
Porcentaje de glosa definitiva	5%	0.39%	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 2023, el resultado fue de 0.39%, lo cual evidencia que se realizó cumplimiento de este indicador.
Porcentaje de glosa inicial (objeción)	10%	17.03%	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 2023, el resultado fue de 17.03%, lo cual evidencia que no se realizó cumplimiento de este indicador.
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Corrección déficit presupuestal			
4.5 COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Balance presupuestal con recaudo (Obligaciones)	1	0.78	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 2023, el resultado fue de 0.78, lo cual evidencia que se realizó cumplimiento de este indicador.
Balance presupuestal con reconocimiento (Obligaciones)	1,07	1.61	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 2023, el resultado fue de 1.61, lo cual evidencia que no se realizó cumplimiento de este indicador

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

CÓDIGO GCI-FR-006

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA

Página 5 de 34

Porcentaje recuperación títulos judiciales	100%	28.69%	En relación con el proceso de recuperación de depósitos judiciales, se informa a la Superintendencia Nacional de Salud, Para la mensualidad de noviembre del 2023, se reporta un valor total por recuperar de \$ 5.697.513.834,02, del cual se ha logrado la recuperación de \$ 3.303.056.517,18, siendo eso equivalente al 57,97%de la meta establecida y quedando pendiente por recuperar \$ 2.394.457.316, lo que representa una recuperación del 57,97%, reporte de recuperación que para la mensualidad de NOVIEMBRE se mantiene, toda vez, pero el acumulativo al mes enero a noviembre en porcentaje de recuperación es 28.69%, 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 del 2023 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 14 compromisos estratégicos que hacen parte de 5 objetivos estratégicos en los que participa el área de Financiera, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento en 8 de los compromisos planteados, y se observa que en 6 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 catorce (14) compromisos suscritos por el área de Financiera se obtiene una calificación del **57%**.

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

- Teniendo en cuenta que esta revisión fue con base a resultados de los indicadores del plan de acción a noviembre de 2023, se debe realizar actualización de la evaluación para determinar el cumplimiento de la vigencia en base a los resultados a Diciembre de 2023.

8. FIRMAS:



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

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Porcentaje de implementación del sistema integrado de información	100%	100%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023, se mantiene el resultado en 100% dando cumplimiento a la meta planteada al inicio de la medida, es importante indicar que durante el mes en evaluación no se programaron y ejecutaron actividades orientadas a la implementación toda vez que el sistema de información se encuentra funcionando en normalidad.

Aplicativo para el envío múltiple de correo ante las EPS	100%	0%	No se evidencia cumplimiento de esta actividad
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 página Web institucional (cumplimiento de la Ley 1712 de 2014)	100%	85%	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 85%.
Actualización y mantenimiento y soporte de Dinámica Gerencial.Net	100%	100%	Durante el 2023 se suscribió contrato 1688-2023 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 2023 se suscribió contrato 1115-2023 con la empresa Royal Tech Groups SAS para la renovación de licencias de correos electrónicos.
Actualización de 150 Computadores y 1 servidor de datos	150	135	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, hasta el 2023 se realizó compra de 85 equipos de cómputos por medio del contrato 853-2023, para un total de 135 en ambas vigencias.

Renovación de licenciamiento para reenvió 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 1 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 diez (10) compromisos suscritos por la sistemas se obtiene una calificación del **77.7%**.

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

- Teniendo en cuenta que esta revisión fue con base a resultados de los indicadores del plan de acción a noviembre de 2023, se debe realizar actualización de la evaluación para determinar el cumplimiento de la vigencia en base a los resultados a Diciembre de 2023.

8. FIRMAS:


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

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Ajuste Política Seguridad 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 Seguridad 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 Seguridad y Privacidad de la Información.	100%	100%	Procedimientos debidamente documentados, socializados y aprobados por la alta dirección y socializados.

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-006

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 8 de 34

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%	100%	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 10 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 100% en 4 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 (4) compromisos suscritos sistemas en el plan se obtiene una calificación del **40%**.

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

- Revisar las actividades que no se logró el cumplimiento y incluirlas en el plan de la vigencia 2024 para garantizar su cumplimiento.

8. FIRMAS:



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

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Identificación del Riesgo	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 100%.
Análisis del riesgo	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 100%.
Valoración inicial del riesgo	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 100%.
Tratamiento y seguimiento del riesgo	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de esta acción por lo cual se determina un 100%.

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 100% 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 100%.

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

- Continuar el cumplimiento del plan establecido para la vigencia 2024.

8. FIRMAS:



1. FECHA: 29/01/2024

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.

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Valor de ingresos percibido en el periodo de los operadores de servicios	\$36.000.000	\$252.547.659	Se evidencia que durante el periodo de enero a noviembre de 2023 el resultado es de \$252.547.659, toda vez que se percibe ingreso por concepto de facturación del porcentaje según contratación, por lo cual se cumplió este indicador.
Porcentaje de cumplimiento en la meta de facturación del período	100%	132%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se cumplió en un 132% con la meta de facturación propuesta al inicio de la intervención (\$7.000.000.000) al generar una facturación promedio de \$ \$8.109.972.367.63, superando la meta establecida en un 32%
Valor de facturación del período	\$7.000.000.000	\$8.109.972.367.63	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se cumplió con la meta de facturación propuesta al inicio de la intervención (7.000.000.000) al generar una facturación promedio de \$ \$8.109.972.367.63, 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 132% en 1 de los indicadores y el cumplimiento de los 2 indicadores de los compromisos planteados,. 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 **100%**.

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

- Teniendo en cuenta que esta revisión fue con base a resultados de los indicadores del plan de acción a noviembre de 2023, se debe realizar actualización de la evaluación para determinar el cumplimiento de la vigencia en base a los resultados a Diciembre de 2023.

8. FIRMAS:



1. FECHA: 29/01/2024

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	5.7 días	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de tiempo promedio de espera para la asignación de citas en consulta especializada de 5.7 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	7.41	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II de 7.41 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	6.60	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II de 6.60 minutos, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.

Porcentaje de cancelación de cirugía programada	3%	0.38%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de porcentaje de cancelación de cirugía programada de 0.38%, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.
Porcentaje de ocupación en urgencias	90%	82.15%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de porcentaje de ocupación en urgencias del 82.15%, con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador.
Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	5%	7.46%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de porcentaje de pacientes con estancia superiores a 24 horas en urgencias de 7.46%, 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%	84%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de porcentaje de revisión y cumplimiento de requisitos de habilitación por servicios es del 84%, 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%	94.12%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 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 94.12%, 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%	100%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización es del 100%, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.
Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	100%	100%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de porcentaje de vigilancia de eventos adversos es del 100%, con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.
Razón de Mortalidad Materna x 1000	0,9	0.98	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de Razón de Mortalidad Materna x 1000 es del 0.98 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%	0.36%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de Tasa de mortalidad mayor a 48 horas es del 0.36% con lo cual se demuestra el cumplimiento de este indicador.
Tasa de mortalidad perinatal x 1000	14	15.27	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de Tasa de mortalidad perinatal x 1000, es del 15.27 con lo cual se demuestra el incumplimiento de este indicador, el cual la meta propuesta era del 14.
Tasa global de infección hospitalaria	5%	1.47%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de Tasa global de infección hospitalaria, es del 1.47% 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.

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS x 100%	95%	96.22%	Se evidencia que de acuerdo a la información suministrada en el periodo de enero a noviembre de 2023 se obtiene un resultado de satisfacción global de usuarios del 96.22%, el cual se acerca a la meta propuesta en este indicador que corresponde al 95%, por lo cual 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 2 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 Subgerencia científica se obtiene una calificación del **53.3%**.

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

- Teniendo en cuenta que esta revisión fue con base a resultados de los indicadores del plan de acción a noviembre de 2023, se debe realizar actualización de la evaluación para determinar el cumplimiento de la vigencia en base a los resultados a Diciembre de 2023.

8. FIRMAS:

Javier Anderson Dezer U.

1. FECHA: 29/01/2024	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: PLANEACION
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención del Ciudadano	

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Revisar y actualizar (en caso de requerirse) de la política de administración del riesgo en cumplimiento de la normatividad vigente.	100%	100%	Se evidencia que la ESE, cuenta con manual de riesgos actualizado en la vigencia 2023 mediante resolución No. 240 de 2023.
Socializar el Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR. Incluye la implementación de la política de administración del riesgo de la entidad.	100%	100%	Se evidencia divulgación del manual SIGR por medio del correo electrónico en el mes de agosto 2023.
Realizar los reportes de posibles operaciones intentadas o sospechosas a la UIAF.	100%	100%	Se evidencian los reportes a la UIAF para los meses de Septiembre-Diciembre 2023, dentro de los plazos establecidos.
Consolidar el mapa de riesgos de corrupción	100%	100%	Se evidencia mapa de riesgos consolidado para la vigencia 2023
Actualizar el mapa de riesgos de corrupción según validaciones con líderes de procesos.	100%	100%	En la vigencia evaluada el mapa de riesgos con actualización.
Publicar en la página web institucional el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el mapa de riesgos de corrupción	100%	100%	Se evidencia que el plan anticorrupción y atención al ciudadano se encuentra cargado en la pagina web de la ESE : https://hrplopez.gov.co/sitio/images/PLANES%202023/GE-PL-003_PLAN_ANTICORRUPCI%C3%93N2023.pdf

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

CÓDIGO GCI-FR-006

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA

Página 15 de 34

Publicar en la página web institucional el mapa de riesgos de corrupción actualizado según validaciones con líderes de procesos.	100%	0%	El mapa de riesgos de corrupción fue actualizado pero el mismo no fue aprobado ni publicado en la pagina web de la ESE.
Publicar en la página web institucional el Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR	100%	100%	Se evidencia Manual SIGR publicado en la pagina web de la ESE: https://hrplopez.gov.co/sitio/images/Planeacion/MANUAL_SIGR_2022%20(1).pdf
Enviar por correo electrónico documento digital Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR y mapa de riesgos de corrupción, a los funcionarios y supervisores de contratistas de la institución.	100%	100%	Se evidencia divulgación del manual SIGR por medio del correo electrónico en el mes de Marzo y Agosto 2023, y se evidencia lista de asistencia de la capacitación de administración del riesgo donde se socializa el Manual SIGR.
Realizar monitoreo y revisión al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción	100%	100%	Se evidencia 4 revisiones de las acciones a los responsables y se cuenta con listado de asistencia y correos electrónicos.
Realizar seguimiento al mapa de riesgos de corrupción de la entidad	100%	100%	Se evidencia seguimiento al mapa de riesgos de corrupción de Enero-Mayo, Mayo-agosto 2023. Septiembre-Diciembre 2023.
Publicar en la página web institucional los seguimientos al mapa de riesgos de corrupción de la entidad	100%	100%	El seguimiento al mapa de riesgos I y II cuatrimestre se carga en la página como anexo al seguimiento al plan anticorrupción.
Realizar inventario de trámites institucionales teniendo en cuenta los propuestos por la Función Pública	100%	100%	Se evidencia inventario de tramites documentado.
Actualizar y registrar los trámites de la institución en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT).	100%	0%	No se evidencia soportes de avances de esta actividad.
Priorizar trámites institucionales teniendo en cuenta factores internos y externos de la entidad	100%	0%	No se evidencia soportes de avances de esta actividad.
Publicar en la página web institucional el análisis del seguimiento plan de acción institucional, que evidencie los avances de la medida de intervención forzosa administrativa que tiene la entidad	100%	100%	Se evidencia publicación del seguimiento al plan de acción con avances de la medida de intervención de los meses de Septiembre-octubre 2023.

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

CÓDIGO GCI-FR-006

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA

Página 16 de 34

Publicar en la página web institucional las actas de reunión del comité de ética hospitalaria	100%	100%	Se evidencian 4 actas de comité de ética hospitalaria publicados desde Septiembre-Noviembre 2023.
Realizar convocatoria de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2022.	100%	100%	Se evidencia convocatoria a la audiencia pública en la página web, redes sociales, y comunicaciones externas.
Publicar boletines con información relevante asociada a los avances y gestión de la E.S.E	100%	100%	Se evidencia publicación de boletines de la gestión en la vigencia evaluada.
Realizar reporte de fecha y lugar de la Audiencia a la Supersalud a más tardar al 10 abril de la vigencia.	100%	100%	Se evidencia reporte de la fecha de rendición de cuentas en el formato GT003 en la plataforma de la supersalud el día 9 de febrero de 2023. Acción ejecutada
Realizar informe de rendición de cuentas vigencia 2022 y publicarlo en página web institucional.	100%	100%	Se evidencia informe de rendición de cuentas vigencia 2022 y su publicación en la página web institucional. https://hrplopez.gov.co/sitio/images/RENDICION%20DE%20CUENTAS%202022/INFORME_RENDICION%20C3%93N_CUENTAS_VIG2022_vf_13032023.pdf . Acción ejecutada
Divulgar por redes sociales la publicación del informe de rendición de cuentas vigencia 2022	100%	100%	Se evidencia divulgación por la red social instgram de la ESE: hospitalrosariovalledupar, en la red social del PILON y pagina WEB de la ESE.
Habilitar formato virtual en la página web institucional como mecanismos para preguntas, sugerencias y/o peticiones de la ciudadanía relacionada con la rendición de cuentas vigencia 2022	100%	100%	Se evidencia formulario virtual para preguntas de la rendicion de cuentas: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScnoD__y6DIF9wZFIrhZMxO7-WXIGS3kK4XwBwKUbWelYPd3A/viewform
Elaborar, publicar y divulgar cronograma de participación ciudadana y Rendición de Cuentas	100%	100%	Acción ejecutada
Realizar audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2022.	100%	100%	Acción ejecutada
Socializar a la Asociación de usuarios de la E.S.E, sobre la cultura de rendición de cuentas	100%	100%	Acción ejecutada

Caracterización de actores y grupos de interés de la E.S.E	100%	100%	Se Evidencia se cuenta con identificación de los grupos de interés o partes interesadas en el documento de Manual del sistema integrado de la gestión de la calidad y planeacion GE-ME-004.
Informar a los servidores públicos sobre la cultura de rendición de cuenta	100%	100%	Acción ejecutada
Consolidar y divulgar informe de participación Ciudadana y Rendición de cuenta, teniendo en cuenta la audiencia pública de rendición.	100%	100%	Acción ejecutada
Realizar consulta a los ciudadanos sobre su satisfacción frente al proceso de Rendición de Cuentas	100%	100%	Acción ejecutada
Analizar la satisfacción de los usuarios frente a la prestación integral de servicios de salud	100%	100%	Se evidencia informes de análisis de la satisfacción de los usuarios del mes de Septiembre-Diciembre 2023.
Fomentar la usabilidad entre la ciudadanía de la oficina de Servicio de Información y Atención del Usuario – SIAU	100%	100%	Se evidencia publicación en carteleras de institucionales sobre el uso de la oficina SIAU y se evidencia publicación en redes sociales.
Actualizar el portafolio de prestación de servicios de la entidad y publicarlo en la página web institucional. Divulgar por redes sociales la publicación del portafolio.	100%	100%	Se evidencia portafolio actualizado y publicado en las pagina WEB y redes sociales
Socializar el manual de SIAU a la Asociación de usuarios de la entidad, invitando a la difusión de la información en sus actividades como asociación.	100%	100%	Acción realizada.
Socializar a los usuarios los mecanismos con los que cuenta la entidad para la radicación de PQRSFD.	100%	100%	Se evidencia socialización de los mecanismos para la radicación de PQRS en el mes de octubre-Diciembre 2023.
Publicar los horarios de atención de SIAU, Ventanilla única y atención administrativa de la entidad.	100%	100%	Se evidencia publicación de los horarios de atención en carteleras institucionales y oficinas de SIAU y se evidencia publicación en redes sociales.

Disponer de talento humano que tenga manejo y fluidez de lenguas indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, que fortalezca el enfoque diferencial de la institución	100%	100%	Acción cumplida
Brindar sensibilizaciones sobre comunicación asertiva al talento humano de planta y 90% del personal contratista.	100%	100%	Se evidencia capacitación en comunicación asertiva pero se debe cumplir con el % asistencia de contratistas.
Recomendar a los funcionarios sujetos de evaluación del desempeño laboral para que suscriban dentro de las competencias de la vigencia 2023 la de "Orientación al usuario y al ciudadano", con el fin de contribuir en la satisfacción de las necesidades e intereses de los usuarios (internos y externos) y de los ciudadanos.	100%	100%	Se evidencia se suscribieron competencias en Orientación al usuario y al ciudadano, sin embargo no se evidencia se realizó la recomendación por talento humano por cual se recomienda actualizar esta actividad y la meta.
Divulgar por medios electronicos el código de ética y buen gobierno a funcionarios de planta y contratistas de la E.S.E	100%	0%	No se evidencia avances de esta actividad.
Actualizar la política de tratamiento de datos personales	100%	0%	No se evidencia avances de esta actividad.
Divulgar los trámites de la institución registrados en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT).	100%	0%	No se evidencia avances de esta actividad
Realizar dos (2) seguimiento al proceso PQRSFD de la entidad	100%	100%	Se evidencia informe de seguimiento PQRS II semestre 2023.
Realizar socializaciones de deberes y derechos de los usuarios	100%	100%	Se evidencia socialización de derechos y deberes de los meses de septiembre, octubre y noviembre.

Actualizar la página Web de la institución de acuerdo a la Ley 1712 del 2014 y la Resolución 1519 del 2020 (MINTIC)	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de actualización ITA por encima del 85% según el informe de seguimiento realizado por la oficina de control interno en el mes de Diciembre 2023.
Publicación oportuna de la información sobre Contratación Pública en plataformas SECOP y SIA Observa.	100%	100%	Se evidencia soporte de cargue de las plataformas de contratación publica y realiza seguimiento al cargue.
Realizar monitoreo y seguimiento semestral al cumplimiento de la actualización e información cargada por los servidores al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP	100%	100%	Se evidencia seguimiento II Semestre 2023 a la actualización de hojas de vidas en el SIGEP.
Realizar monitoreo y seguimiento semestral al cumplimiento de la actualización e información cargada por los contratista (persona natural) al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP	100%	100%	Se evidencia seguimiento II Semestre 2023 a la actualización de hojas de vidas en el SIGEP.
Realizar seguimiento a la matriz de responsabilidades Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA	100%	100%	Se realizó informe seguimiento ITA en el mes de Diciembre 2023.
Capacitar sobre la Ley de Transparencia, Ley 1712 de 2014 a los responsables de procesos.	100%	100%	Se evidencia registro de asistencia a la capacitación en ley de transparencia virtual por parte de la Contraloría General del Departamento del Cesa
Dar cumplimiento a las respuestas de las solicitudes de información elevadas a la E.S.E, en los términos establecidos en la Ley.	100%	100%	Se evidencia cargue de septiembre-Diciembre 2023.
Elaborar o actualizar el registro o inventario de activos de Información de la institución	100%	0%	No se evidencian avances de esta actividad.
Elaborar o actualizar el esquema de publicación de información de la institución	100%	0%	No se evidencian avances de esta actividad.

Elaborar o actualizar el Índice de Información Clasificada y Reservada de la institución	100%	0%	No se evidencian avances de esta actividad.
Publicar en formato de hoja de cálculo en la página web de la entidad en el enlace "Transparencia y acceso a información pública", el registro o inventario de activos de Información, el esquema de publicación de información y el Índice de Información Clasificada y Reservada	100%	0%	No se evidencian avances de esta actividad.
Habilitar espacio o información en la página web con contenido en lengua indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta	100%	100%	Se evidencia en la página web de la ESE espacio habilitado para la lengua indígena de la sierra nevada de santa marta
Elaborar un consolidado de solicitudes de información de manera mensual que contenga como mínimo, la siguiente información: 1. El número de solicitudes recibidas. 2. El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3. El tiempo de respuesta a cada solicitud. 4. El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	100%	100%	Se evidencia consolidado con solicitudes de información de Septiembre-Diciembre 2023.
Publicar en la página web Institucional, Sección Atención al Ciudadano, Menú Transparencia y Acceso a la Información Pública, el consolidado de solicitudes de información.	100%	100%	Se evidencia cargue de solicitudes de información de Septiembre-Diciembre 2023.

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

Una vez evaluados los 58 compromisos estratégicos que hacen parte de 5 objetivos estratégicos en los que participa el área de Planeación, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 51 de los compromisos planteados 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 cincuenta y ocho (58) compromisos suscritos por el área de Planeación se obtiene una calificación del **87%**.

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

- Continuar el cumplimiento del plan establecido para la vigencia 2024.

8. FIRMAS:

Javier Arduini Dezeri U.

1. FECHA: 29/01/2024 **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

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Aprobación de Plan anual de Trabajo y de Capacitaciones	100%	100%	Se evidencia cumplimiento del 100% en la aprobación del plan anual de trabajo y capacitaciones.
Identificar el 100% de los requisitos legales aplicables a la empresa	100%	75%	Se evidencia el cumplimiento del 75%, de las 12 actividades programadas se realizó un cumplimiento de 9.
Evaluación y selección de proveedores y contratistas (Se realizó solicitud al área jurídica la inclusión del procedimiento en el manual y procedimiento de contratación.	100%	100%	Se realizó la evaluación y selección de proveedores y contratistas.
Reintegro laboral, reubicación laboral (Se evidencia procedimiento documentado para aprobación)	100%	0%	No se realizó reintegro, quedo aplazado.
Cumplir con el cronograma de actividades de los PVE Riesgo Biológico según análisis de condiciones de salud y caracterización de accidentalidad del año inmediatamente anterior	100%	83%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 10, lo que corresponde al 83%.

Cumplir con el cronograma de actividades del PVE Psicosocial, según análisis de condiciones de salud	100%	75%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 9, lo que corresponde al 75%.
Cumplir con el Cronograma de actividades del PVE Riesgo Osteomuscular, según análisis de condiciones de salud y caracterización de accidentalidad	100%	58%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 7, lo que corresponde al 58%.
Verificar actualización los perfiles de cargos	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se habían programado 3 y se realizaron.
Implementar procedimiento de autoreportes de condiciones y actos inseguros, incidentes y que sea este el mecanismo de comunicación interno y externo de SST	100%	83%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 10, lo que corresponde al 83%.
Socialización del procedimiento de Gestión del Cambio a líderes de servicios y áreas	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se habían programado 2 y se realizaron.
Socializar Objetivo de SST en las inducciones y reinducciones	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se habían programado 2 y se realizaron.
Realizar evaluación inicial y plan de mejoramiento, según legislación vigente.	100%	0%	No se realizó el cumplimiento se tenía 1 actividad programada, la cual no se realizó.

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO	GCI-FR-006
VERSIÓN	001
FECHA	06/02/2023
HOJA	Página 23 de 34

Seguimiento a proceso de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales: Tomar una muestra de trabajadores para verificar su estado de afiliación en el mes de septiembre	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se habían programado 4 y se realizaron.
Socializar las responsabilidades a cada cargo según la legislación	100%	83%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 6 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 5, lo que corresponde al 83%.
Implementar las recomendación resultantes de la aplicación de la batería psicosocial	100%	75%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 9, lo que corresponde al 75%.
Actualizar matriz de identificación de peligro evaluación y valoración del riesgo	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se habían programado 6 y se realizaron.
Realizar la caracterización de condiciones de salud de los trabajadores y descripción socio demográfica (edad, sexo, escolaridad, estado civil).	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se habían programado 5 y se realizaron.
Registrar, caracterizar y analizar la accidentalidad(Se evidencia indicador de registro de acciones y matriz de investigación de eventos	100%	83%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 10, lo que corresponde al 83%.
Registrar, caracterizar y analizar el ausentismo.(Indicador de ausentismo laboral)	100%	83%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 10, lo que corresponde al 83%.

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-006

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 24 de 34

Realizar las evaluaciones medicas ocupacionales(Contrato No. 1698 de 2023, de evaluaciones medicas)	100%	8%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 1, lo que corresponde al 8%.
a través del portal institucional lograr la Participación de los trabajadores en la inducción y reintroducción en temas de SST.	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se habían programado 5 y se realizaron.
Realizar inspección de seguridad	100%	75%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 4 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 3, lo que corresponde al 75%.
Revisar con el líder de almacén los epp solicitados por parte de las áreas y los entregados por parte de almacén(Formatos de entrega de EPP por servicio)	100%	78%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 9 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 7, lo que corresponde al 78%.
Realizar mediciones ambientales (ruido y temperatura)	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se habían programado 3 y se realizaron.
Realizar inventario de fichas de seguridad de los químicos utilizados en la empresa e identificar los posibles cancerígenos	100%	50%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 8 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 4, lo que corresponde al 50%.
Socializar Política y programa para la prevención y el control de la farmacodependencia , el alcoholismo y el tabaquismo.	100%	80%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 5 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 4, lo que corresponde al 80%.

Cumplir con el cronograma de actividades de las acciones de mejora del pve psicosocial	100%	75%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 9, lo que corresponde al 75%.
Implementar las actividades del cronograma del programa de estilos de vida y hábitos saludables. (Cronograma del PVE de estilo de vida saludable)	100%	83%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 6 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 5, lo que corresponde al 83%.
Actualizar plan de Emergencia (a la fecha no cuenta con actualización)	100%	83%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 6 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 5, lo que corresponde al 83%.
Entrenamiento Brigadas de Emergencias y grupos de apoyo (Se evidencia entrenamiento a las brigadas y equipo de apoyo en el mes de agosto 2023)	100%	50%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 6 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 3, lo que corresponde al 50%.
Simulacros de Emergencia(Se evidencia se realizó simulacro de emergencia el día 29 de agosto de 2023)	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se había programado 1 y se realizó.
Evaluación del COPASST(Se evidencia evaluación presentada al COPASST al sistema de seguridad con fecha 16 de Junio 2023)	100%	100%	Se realizó cumplimiento del 100% se había programado 1 y se realizó.

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO GCI-FR-006

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

HOJA Página 26 de 34

<p>Actualizar Matriz con participación de los trabajadores (Actualizada en el mes de marzo y se cuenta con evidencia soportes de participación de los trabajadores)</p>	<p>100%</p>	<p>63%</p>	<p>No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 8 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 5, lo que corresponde al 63%.</p>
<p>Realizar plan anual de capacitación donde se encuentren incluidas (identificadas) las capacitaciones para los integrantes del copasst en los siguientes tema: Funciones de comité, investigación de incidencias y accidentes de trabajo, inspecciones planeadas, Resolución 0312, trabajo en equipo.</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizó cumplimiento del 100% se había programado 1 y se realizó.</p>
<p>Reuniones y actas de Comités del SG_SST (COPASST)Se evidencian reuniones del Copasst Con periodicidad mensual de enero-Octubre 2023.</p>	<p>100%</p>	<p>83%</p>	<p>No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 10, lo que corresponde al 83%.</p>
<p>Reuniones y actas del comité de convivencia laboral (Se evidencia comité de convivencia laboral con periodicidad trimestral)</p>	<p>100%</p>	<p>75%</p>	<p>No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 4 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 3, lo que corresponde al 75%.</p>

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

CÓDIGO GCI-FR-006

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA

Página 27 de 34

Capacitaciones a los integrantes del comité de convivencia laboral (Se evidencia se programaron las siguientes capacitaciones: Funciones del comité, Conciliación y resolución de conflictos, acoso laboral y procedimiento para quejas de posible acoso, Humanización del cuidado en salud, comunicación asertiva y efectiva.	100%	25%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 4 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 1, lo que corresponde al 25%.
Registro anual donde se evidencie que las personas con responsabilidades en SG-SST realizaron la rendición de cuenta sobre su desempeño (Se realizó la socialización en la inducción realizada de enero-Octubre)	100%	0%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 1 actividades programadas no se realizó el cumplimiento de 1, lo que corresponde al 0%.
REPORTES DOSIMÉTRICOS Y DEFINICIÓN DEL NIVEL DE INVESTIGACIÓN (contratistas) (Se realiza seguimiento a la realización de mediciones de dosimetría y definición del nivel de investigación al personal de la empresa imágenes diagnósticas el cual es un servicio tercerizado) desde marzo-octubre 2023.	100%	67%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 12 actividades programadas solo se realizó el cumplimiento de 8, lo que corresponde al 67%.
Revisión por parte de la Dirección. (programa para el mes de diciembre)	100%	0%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 1 actividades programadas no se realizó el cumplimiento de 1, lo que corresponde al 0%.

Proceso de Auditoría anual (Se encuentra en ejecución)	100%	0%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 1 actividades programadas no se realizó el cumplimiento de 1, lo que corresponde al 0%.
Documentación e Implementación de planes acciones Preventivas, correctivas y de mejora continua. (Se evidencia se cuenta con matriz con acciones de mejora de condiciones inseguras, investigación de accidentes y plan de mejoramiento de la evaluación inicial los cuales se encuentran en ejecución)	100%	0%	No se realizó el cumplimiento del 100%, de las 1 actividades programadas no se realizó el cumplimiento de 1, lo que corresponde al 0%.

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

Una vez evaluados los 43 compromisos estratégicos que hacen parte de 14 objetivos estratégicos en los que participa SST, se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento del 100% en 14 de los compromisos planteados, y se observa que en 19 de los compromisos se obtuvo un avance parcial del mismo con un porcentaje entre 58% y 83%) y en 10 de los compromisos planteados no se alcanzó ningún avance con un 0%. Para verificar esta situación se revisaron las evidencias relacionadas, comprobándose que para el cumplimiento de los veintiún compromisos suscritos SST un total de 77% a corte de Octubre 2023.

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

- Se debe actualizar el cumplimiento a Diciembre de 2023 y realizar una nueva calificación.
- Continuar con la realización de las actividades aprobadas en el plan 2024 e incluir en el mismo las que no se ejecutaron en 2023.

8. FIRMAS:



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 60 capacitaciones programadas, se realizaron 38 lo que corresponde al 63%.
Asistencia a las capacitaciones programadas	90%	Sin medición	Se evidencia que no se estaba realizando seguimiento de este objetivo.
Eficacia programa de inducción	100%	83%	Se evidencia que de las 1168 personas que ingresaron, se realizó el proceso de inducción a 971 personas que corresponde al 83%, dando como resultado el no cumplimiento de la meta esperada.
Eficiencia del programa de inducción.	95%	0%	Se evidencia que no se estaba realizando seguimiento de este objetivo.

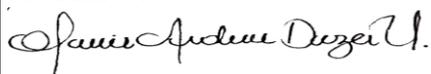
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Una vez evaluados los 4 compromisos estratégicos que hacen parte de 4 objetivos estratégicos en los que participa el talento humano se puede observar que la dependencia logró un cumplimiento de la meta en 1 de los compromisos planteados, y se observa que en 1 de los compromisos se obtuvo un avance parcial del mismo, mientras que en dos 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 cuatros (4) compromisos suscritos por talento humano se obtiene una calificación del **43.75%**.

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

- Genera la medición de este compromiso-asistencia a las capacitaciones programadas.
- Cumplir con la meta de inducción al 95%.

8. FIRMAS:



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%	49%	Se evidencia que de las 37 actividades se ejecutaron 18 lo cual corresponde al 49%.

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:
 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 no 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 **49%**.

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

- Establecer acciones para la vigencia 2024, que puedan ejecutarse y establecer actividades que sea ejecutables y se cuenten con los recursos para los mismos.

8. FIRMAS:

Javier Anderson Deza U.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Seguimiento plan de Anual de Vacante

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 (12), que corresponden al 100%

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 talento humano, 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 talento humano se obtiene una calificación del **100%**.

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

- Continuar con el cumplimiento de las acciones de plan de vacantes.

8. FIRMAS:

Javier Anderson Dezer U.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Plan Institucional de Archivo PINAR

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. Meta	5.2. Resultado (%)	5.3. Análisis de Resultados
Instalaciones locativas de los depósitos de archivo no adecuados ni suficientes. (Acuerdo	100%	100%	Dentro de los avances realizados se destinó desde el mes de marzo de la presente anualidad un espacio para la ubicación del archivo central e histórico de la institución.
Archivos de gestión no organizados	100%	50%	Se han realizado hasta fecha la organización de los archivos de gestión.
No apropiación a los instrumentos archivísticos definidos (TRD, PINAR, PGD, PROCEDIMIENTOS DE GD)	100%	0%	No se evidencian soportes de apropiación de los instrumentos archivísticos, a pesar de contar con listados de asistencia y actas de reuniones de capacitaciones. Se recomendó al líder de gestión documental implementar evaluaciones al talento humano capacitado.
Personal no comprometido con la Gestión Documental.	100%	100%	Se motivó al personal a vincularse al proceso de gestión documental a través de las capacitaciones impartidas:
Crear, adecuar el archivo histórico de la entidad	100%	50%	Dentro de los avances realizados se destinó desde el mes de marzo de la presente anualidad un espacio para la ubicación del archivo central e histórico de la institución
Falta de definición de lineamientos para la Administración de los documentos electrónicos.	100%	50%	Dentro de los lineamientos requeridos para la administración de documentos electrónicos se evidencia que existe un avance en la implementación de documentos tales como scanner del archivo histórico del área jurídica (contratos).

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

CÓDIGO GCI-FR-006

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA

Página 33 de 34

Fortalecer dentro de la Planeación Estratégica institucional el tema de Gestión Documental	100%	100%	Se evidencia que dentro del proceso de planeación estratégica de la institución existe la política de gestión documental, un Programa de Gestión Documental - PGD, un Plan Institucional de Archivo - PINAR, dentro de la estructura organizacional está inmersa en la subgerencia administrativa y
Establecer canales de apoyo con las instancias que conforman el Sistema Nacional de Archivos Asignar roles específicos al personal de La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López dentro de las actividades de producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, preservación y disposición final.	100%	100%	Se solicitó al archivo departamental apoyo con asistencia técnica mediante oficio radicado en el mes de noviembre, aún se espera respuesta por parte de ellos
Fortalecer el conocimiento y cultura organizacional del personal de La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López específicamente en el tema de gestión documental	100%	50%	Se evidencia que el equipo de gestión documental realizó capacitaciones y acompañamiento a talento humano del área administrativa
Implementar procesos organización y de limpieza en el archivo central para el control de polvo y suciedad sobre las áreas de archivo y manejo documental	100%	50%	Se mantiene limpia el área de archivo central por el equipo de gestión documental. Como mejora al proceso se solicitará la inclusión de esta área en el plan de mantenimiento hospitalario y de servicios generales de la entidad
Elaborar y Consolidar los inventarios institucionales en las etapas de gestión.	100%	50%	Se evidencian que algunas áreas cuentan con inventarios documentales.

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 4 de los compromisos planteados, y un cumplimiento del 0% en 1 de los compromisos planteados, y se encuentran en ejecución 7 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 36%.

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

- Se recomienda realizar las gestiones pertinentes para darle cumplimiento al cronograma del PINAR que se establezca para la vigencia 2024, incluyendo las actividades pendientes del 2023.

8. FIRMAS:

Javier Andrés Deza U.

EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

CÓDIGO	GCI-FR-006
VERSIÓN	001
FECHA	06/02/2023
HOJA	Página 34 de 34

Proceso: Gestión de Control Interno

RECOMENDACIONES GENERALES:

- El resultado de la evaluación de cada una de las dependencias debe ser tomada 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 2024.
- Se deben analizar los resultados de cada uno de los objetivos estratégicos y replantear acciones para el 2024 en los planes de acción y garantizar su ejecución.
- Para la vigencia 2024 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 2024, y que los mismos sean revisados y aprobados, debido a que en la vigencia 2023 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