

	COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL			
	FORMATO 5. EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS			
	PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL	CÓDIGO: F-ED-006		
		FECHA EMISIÓN	27/12/2016	
Página		1 de 1		
	Versión	2.0		

PERÍODO DE VIGENCIA	DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO
	1	1	2020		31	12	2020

INTRODUCCION:

Dando cumplimiento a lo establecido en el acuerdo 565 de 2016, por la cual se establece el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos de carrera administrativa y en periodo de prueba, donde se responsabiliza a los jefes de control interno de la evaluación por áreas o dependencias, evaluación que hace parte de la calificación definitiva de la evaluación del desempeño laboral, la oficina de control interno de la EE Hospital Rosario Pumarejo de López se permite presentar el informe de evaluación por dependencia correspondiente a la vigencia 2020.

OBJETIVO:

Realizar evaluación de la gestión por dependencia de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López para el año 2020, y verificar el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados por cada uno de los responsables de los procesos con el propósito que se tome como criterio evaluador a los empleados de carrera administrativa y establecer los lineamientos y correctivos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

ALCANCE:

La evaluación se realizó con base en los resultados obtenidos del consolidado del avance del Plan Operativo Anual – POA, vigencia 2020, Plan de Auditorias para el Mejoramiento de la Calidad-PAMEC 2020, consolidado SIAU 2020, Plan de Trabajo Estructuración Para La Implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo resolución 312 del 2019, presupuesto, plan de mantenimiento, plan de capacitación institucional y de bienestar e incentivos, Plan de auditoria interna por parte de la oficina de control interno, el correspondiente análisis y evaluación de los resultados de la gestión por dependencias.

MARCO LEGAL:

Ley 909 de 2004,
 Nuevo Acuerdo 20181000006176 de 2018, Que deroga Acuerdo 565 de 2016
 Ley 87 de 1993,
 Decretos 1227 de 2005, Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto-ley 1567 de 1998.
 Decreto 943 de 2014,
 Decreto 648 de 2017, Por el cual se modifica y adiciona al Decreto 1083 de 2015, Reglamento Único del Sector de la Función Pública.
 Literal e) del artículo 8 del Decreto 2145 de 1999, concordante con el artículo 2 del Decreto 2539 de 2000.
 Circular No.04 de 2005, emitida por el Concejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.

COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL

Los componentes de la Evaluación del Desempeño Laboral, se encuentran definidos en el artículo primero del Acuerdo 565 de 2016 y son los siguientes:

- ✚ Las metas institucionales establecidas por la entidad y los resultados de su gestión.
- ✚ Competencias comportamentales.
- ✚ Los compromisos laborales.
- ✚ El Portafolio de evidencias.
- ✚ Evidencias.
- ✚ La Evaluación de gestión por áreas o dependencias.
- ✚ Los planes de mejoramiento individual.

Resultados de la Evaluación por Áreas o Dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA	CALIFICACIÓN DEL ÁREA O DEPENDENCIA	OBSERVACIONES
1	<p align="center">GESTION DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACION</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 8</p>	<p>Se formuló, público e hizo seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano 2020, con su respectivo Mapa de Riesgo, al cual se le hizo ajustes, como también a la Política de Administración del riesgo, liderada por la oficina de planeación atendiendo la guía y demás documentos expedidos por la Función Pública. A demás, se formularon los planes estratégicos relacionados en el Decreto 612 de 2018. En el marco de MIPG la oficina de planeación adelanto reuniones del comité de gestión y desempeño, coordinando las actividades para su implementación y se analizó todo el contexto estratégico para hacerles ajustes.</p> <p>Liderazgo en la política de administración del riesgo y desarrollo e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, conforme a los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, decreto 1499 de 2017. Control sobre la contratación de servicios de salud con las diferentes EPSs</p> <p>Se llevó acabo la rendición de cuentas del periodo bajo el liderazgo de la oficina de planeación</p>

<p>2</p>	<p>GESTION DEL SISTEMA DE CALIDAD</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 8</p>	<p>Atendiendo lo dispuesto por la resolución número 0256 de 2016, la oficina de gestión del sistema de calidad periódicamente dio cumplimiento con los informes correspondientes a indicadores SIAU como son Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios en la IPS y Proporción de Usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos. De consulta externa, indicadores como Tiempo promedio de espera para la asignación de cita médica Interna de primera vez, Tiempo promedio de espera para la asignación de pediatría de primera vez; Tiempo promedio de espera para la asignación de Ginecología de primera vez; Tiempo promedio de espera para la asignación de Obstetricia de primera vez y Tiempo promedio de espera para la asignación de Cirugía General. Igualmente, se verifico los indicadores de seguridad del paciente, tasa caídas del paciente y por último se analizaron el indicador de urgencias, Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias. A la fecha la encargada del proceso de calidad no presento la ejecución del PAMEC porque no lo había consolidado; lo anterior conlleva a no determinar de grado de cumplimiento El proceso de gestión de calidad en la institución se encuentra tercerizado</p>
<p>3</p>	<p>GESTION SIAU</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 8</p>	<p>Se evidencia la medición de la satisfacción del usuario periódicamente y rindiendo los informes oportunos a los organismos de control externo y se le dio el trámite correspondiente a las quejas y reclamos recibidas por los diferentes canales de comunicación con que cuenta la entidad que los usuarios formularon, con un alto nivel de oportunidad en la respuesta. Así mismo se evidencio socialización al usuario en deberes y derechos, la realización de Charlas Educativas a los usuarios que se encuentren en la sala de espera de Consulta Externa, Cirugía, Urgencia, salud mental hospitalización, salud mental consulta</p>

			<p>externa y a los pacientes con sus respectivos familiares que se encuentren en el área de Hospitalización, sobre humanización, y participación social al ciudadano. Quedo pendiente la caracterización de los usuarios</p>
<p>4</p>	<p>GESTION DEL TALENTO HUMANO</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 9</p>	<p>MIPG Concibe al Talento Humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El propósito de esta dimensión es ofrecerle a la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López las herramientas para gestionar adecuadamente el ciclo del empleado (ingreso, desarrollo y retiro) de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad, definidas en el marco de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación ect. El documento marco para la gestión del Talento Humano en la entidad es el Plan Estratégico Dimensión del Talento Humano que fue elaborado y ejecutado y tuvo por objeto Fortalecer los procesos orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del talento humano, a través de planes y programas, buscando elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia, y efectividad en la prestación de los servicios de la institución. Y como objetivos específicos ♣ Determinar las necesidades de talento humano para atender los requerimientos presentes y futuros institucionales. ♣ Identificar la forma de cubrir las necesidades cuantitativas y cualitativas de personal para el periodo anual. ♣ Estimación de los costos de las necesidades y aseguramiento de su financiación. ♣ Fortalecer las capacidades, conocimientos y habilidades de los servidores, a través de la implementación del Plan Institucional de Capacitación. ♣ Formular y desarrollar el Plan de Bienestar, Estímulos e Incentivos para contribuir al mejoramiento de la</p>

			<p>calidad de vida de los servidores de la Entidad. ♣ Desarrollar la cultura de la prevención y manejo de los riesgos en el entorno laboral, a través de la formulación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. ♣ Contar con un programa de inducción y re inducción. • Cumplir con la realización de la evaluación del desempeño de los servidores de carrera administrativa. • Generar la nómina y administrar la seguridad social de los servidores. • Coordinar la evaluación del desempeño laboral para los servidores de Carrera Administrativa, así como la implementación del sistema de Acuerdos de Gestión de los Gerentes Públicos. • Administrar la vinculación, permanencia y retiro de los servidores de la Entidad, así como los requerimientos de los ex servidores de la ESE. • Elaborar y administrar el Plan de Vacantes. • Mantener actualizado el Plan Estratégico del Talento Humano de la E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López.</p> <p>Ante lo anterior, se dio desarrollo efectivamente a los componentes, y estos hacen referencia a los cuatros grandes temas que componen la política de Talento Humano: Planeación, Ingreso, Desarrollo y Retiro. Resultados de la medición de clima organizacional. (Plataforma Daruma)</p> <p>La oficina de talento realizo el autodiagnóstico de la dimensión, cuyos resultados fueron los siguientes: Ruta de la felicidad, La felicidad nos hace productivos 71, Ruta del crecimiento, Liderando talento 76, Ruta del servicio. Al servicio de los ciudadanos. 78, Ruta de la calidad La cultura de hacer las cosas bien 75.</p> <p>Líneas Estrategias de Talento Humano 2020, se elaboró, público y ejecuto el plan anual de vacantes, Plan Institucional de Capacitación, Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos, Estrategia de evaluación del desempeño y Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>En cumplimiento a las políticas que corresponden al área de la unidad funcional de talento humano, se Elaboró y aprobó del Plan Anual de Cargos. POLITICA DE INGRESO verifica que el personal acredite los requisitos de calificación y competencias definidos para cada empleo; SELECCIÓN. Se verifico que todo aspirante a ocupar un empleo en el Hospital Rosario Pumarejo de López debe cumplir con el perfil del cargo definido en el Manual de Funciones, para ello se realiza estudio y análisis de hoja de vida con verificación de requisitos, legalidad de títulos y entrevista. La selección de los cargos de Gerencia Pública se hace mediante evaluación de las competencias definidas en el perfil del empleo. Se elaboraron las nómina oportunamente y la administración y archivo de historias laborales es llevada correctamente.</p> <p>CUMPLIMIENTO POLÍTICA DE INTEGRIDAD. La Unidad de Talento Humano alineado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se compromete en la aplicación del código de integridad a todos sus planes y programas para la planeación 2020, que conlleve a la generación de estrategias que eleven al servidor público con altos estándares de integridad, consolidando la relación estado – ciudadano.</p>
5	<p align="center">GESTIÓN ASISTENCIAL</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área asistencial, se ubica en un rango de cumplimiento óptimo que va (8 -10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 9.</p>	<p>Realizado el consolidado anual se obtuvo una Tasa de satisfacción global en todos los servicios asistenciales del 93.88 % de un total de 6.099 usuarios encuestados en los servicios de urgencias, cirugía, hospitalización, consulta externa, y salud mental; de los cuales 373 usuarios presentaron insatisfacción por diferentes servicios que presta la entidad. Se evidencia el logro de satisfacción de nuestros usuarios a los diferentes servicios médicos que presta la entidad y esto se ve reflejado en otros indicadores que miden la gestión asistencial en cumplimiento de la Resolución 0256 de 2016 como son: De consulta externa, Tiempo promedio de espera</p>

			<p>para la asignación de cita médica Interna de primera vez, Tiempo promedio de espera para la asignación de pediatría de primera vez; Tiempo promedio de espera para la asignación de Ginecología de primera vez; Tiempo promedio de espera para la asignación de Obstetricia de primera vez y Tiempo promedio de espera para la asignación de Cirugía General. Igualmente, se verifico los indicadores de seguridad del paciente, tasa caídas del paciente y por último se analizaron el indicador de urgencias. Todos los indicadores arrojaron resultados bastante positivo, a pesar de ser un año complicado a raíz de la pandemia del Covid 19, que dio lugar a que se capacitara al personal médico asistencial y demás personal involucrado para la atención oportuna de cada uno de los pacientes recibidos. Otro aspecto positivo fue el acondicionamiento del hospital para tratar a los pacientes Covid 19 con salas UCI especiales con exclusividad solo para este tipo de usuarios. Se recibió capacitación sobre elementos de protección personal Covid, Lineamientos generales para el uso de tapabocas convencional y máscaras de alta eficiencia, Lineamientos de bioseguridad Lineamientos para prevención control y reporte de accidente por exposición ocupacional al COVID- 19 en el HPRL Protocolo para el manejo de cadáveres en el HRPL ante un eventual caso del virus COVID-19 Protocolo para el manejo de residuos infecciosos en el HRPL ante un eventual caso del virus COVID-19</p> <p>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN COVID</p> <p>Seguimiento diario (autoevaluación) al trabajador de caso sospechoso ante COVID-19; Medición de adherencia de Elementos de Protección Personal EPP; Inspección de Elementos de Protección Personal; Medición de adherencia de técnicas de lavado de manos; Lineamientos de bioseguridad. Todas las actividades anteriores fueron ejecutadas al 100% SEGURIDAD DEL PACIENTE, se</p>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>evidencia socialización de Buenas prácticas en seguridad del paciente, condensados de eventos adversos presentados y gestionados, acciones inseguras en el programa seguridad del paciente, Medición de la adherencia a las buenas prácticas en seguridad del paciente.</p> <p>SERVICIO MATERNO INFANTIL</p> <p>El servicio materno infantil de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, en la vigencia 2020 logro establecer una hoja de ruta denominada Plan de Gestión Materno Infantil 2020-2021, que le permite afianzar los objetivos de buscar ser la primera institución amiga de la mujer y la infancia con enfoque integral IAMII en el departamento del Cesar y la primera IPS pública en la mediana –alta complejidad en la región Caribe de manera reciente, como también ser la primera institución que adopta y adapta el Sistema de Salud Propia e Intercultural - SISPI en sus servicios materno perinatal. Esta unidad funcional mantiene su liderazgo en el trabajo en equipo articulado de manera íntegra e integral, buscando mantener la atención en salud con calidad y calidez en el binomio madre hijo, primera infancia, infancia y adolescentes, tratando de minimizar los eventos adversos relacionados con la salud ante el usuario externo e interno, confiando en su talento humano idóneo y con experticia basada en la evidencia del fortalecimiento de sus competencias comportamentales y funcionales según sus actividades a desarrollar en la entidad, el fortalecimiento de los procesos y procedimientos de acuerdo a las áreas y motivar la inclusión de la comunidad en los procesos dada la emergencia social, económica y ecológica que vivió el país por más de diez meses de esta vigencia y aun al momento de este informe se mantiene en procesos de contingencia</p> <p>OBJETIVOS Visibilizar el estado de cumplimiento y desarrollo de los lineamientos institucionales e interinstitucionales, para garantizar una adecuada e integral atención en</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>salud a la población gestante, primera infancia, infancia y adolescente atendida en la entidad, promoviendo entornos seguros, amigables y con calidez articulando la estrategia Instituciones Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque integral, IAMII.</p> <p>SERVICIO DE HOSPITALIZACION OBSTETRICA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. El programa promueve un cambio favorable en el entorno, asegurando que se dé prioridad a los derechos del binomio madre-hijo en el contexto de una atención humanizada, es decir, libre de violencia obstétrica y neonatal. .</p> <p>Comportamiento de los nacimientos vigencia 2020. ESE Hospital Rosario Pumarejo de López: 1290 Partos espontáneos, más 1387 Cesáreas, para un total de 2637 Nacidos Vivos.</p> <p>RIA MATERNO PERINATAL. Se realizaron procesos de revisión adopción y adaptación de los servicios materno infantil en el cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 del MSPS sobre las rutas de atención integral en salud materno perinatal, se socializa ante la nueva administración institucional, los servicios de cumplimiento de la misma en articulación con el marco de Redes Integradas de Servicios en Salud. COVID 19 servicio materno infantil. El servicio de cuidados intensivos neonatal, cuidados básicos y hospitalización pediátrica reporto 286 casos sospechosos en la vigencia 2020. De los cuales cuarenta (40) casos corresponde a recién nacidos, es decir, el catorce (14%) de los casos presentados en la primera infancia, infancia y adolescencia: de los cuales veinte tres (23) han sido casos positivos, negativos doce (12) y sin reportes cinco (5) casos. Con relación al servicio de hospitalización pediátrica corresponde doscientos cuarenta y seis (246) casos, es decir, 86% de los casos presentados en población infantil que ha acudido a la entidad, identificándose ciento veintisiete (127) casos negativos (52.9%), setenta y uno (29.2 %) positivos, sin reporte 39 casos (17.8 %) los cuales fueron tomados en</p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>otras entidad las muestras para pruebas PCR COVID 19. Fuente: SIVIGILA. Ofc. Epidemiología ESE HRPL.2020. SERVICIO DE PROTECCIÓN ESPECIFICA: VACUNACIÓN Cumpliendo con la atención integral al recién nacido, y procurando general los procesos de inmunización acorde al Plan Ampliado de Inmunizaciones – PAI- la institución en la vigencia 2020 avanza en la plataforma del PAIWEB y Red Nacional de Instituciones vacunadoras de acuerdo al nivel de complejidad. SERVICIO ESPECIALIZADO DE BANCO DE LECHE HUMANA Trabajamos con los mayores estándares de calidad aprobados por la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana y Red Brasileira de Bancos de Leche Humana y Red colombiana de Bancos de Leche Humana, lo que ha permitido enriquecer nuestros conocimientos al servicio de la madre y su Recién nacido.</p>
6	<p>GESTION LABORATORIO CLINICO</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 9</p>	<p>El servicio de laboratorio clínico se garantiza la atención en la institución las 24 horas del día con personal de planta y contratista altamente calificados con disponibilidad diaria. Fueron realizados o procesados 148.038 exámenes de laboratorio en el año 2020. De urgencias 12.667, de consulta externa 1.237 y de hospitalización 25.132. El laboratorio clínico cuenta con dotación completa y sus equipos son en comodato, cuyo mantenimiento es responsabilidad de TECHNOMEDICAL. Se verifica que todos los reactivos cumplan con el registro INVIMA. Se realizan dos controles de calidad, uno interno que se hace diario que garantiza la calidad de los resultados, a través de este control habilita las pruebas y otro control externo que se hace dos veces al mes que consiste en un comparativo nacional e internacional de lo hecho en el hospital con los demás laboratorio. Se realiza una media a nivel mundial y se tiene que estar dentro de esa media. Los informes generados en laboratorio clínico son reportados oportunamente. Los resultados de</p>

			<p>laboratorio clínico están sistematizados y pueden verse en todas las áreas del hospital, a través de la red que maneja technomedica, es decir no se entregan en físico. Solamente se entregan en físico a los particulares que acuden al servicio. Lo anterior permite inferir que el servicio de laboratorio clínico del hospital es de alta calidad. El área funcional de laboratorio clínico realizo encuesta de satisfacción del servicio en ventanilla y arrojó los siguientes resultados: Excelente 36, Satisfactorio 4, Regular 0</p>
7	<p>GESTION CONSULTA EXTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 9</p>	<p>Los indicadores de la resolución número 256 de 2016 muestran un alto grado de satisfacción y cumplimiento en la gestión de consulta externa como se describe a continuación. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita médica Interna de primera vez. Meta 20 días. Mensualmente no superaron los 8 días de espera Tiempo promedio de espera para la asignación de pediatría de primera vez; meta 5 días. Solo en el mes de diciembre se superó, llegando a 8.9 días de espera. Tiempo promedio de espera para la asignación de Ginecología de primera vez; meta 8 días máximos. Levemente en los meses de julio y septiembre no se cumplió la meta Tiempo promedio de espera para la asignación de Obstetricia de primera vez; 8 días máximo. Solo en el mes de julio se superó esta meta el cual llego a 11 días Tiempo promedio de espera para la asignación de Cirugía General; meta 13 días máximos. Igualmente, se verifico los indicadores de seguridad del paciente, tasa caídas del paciente, satisfacción del usuario, charlas, atención a quejas y reclamos</p>

8	<p style="text-align: center;">GESTION URGENCIAS</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 9</p>	<p>Los indicadores de la resolución número 256 de 2016 muestran un alto grado de satisfacción y cumplimiento en la gestión de urgencias como se describe a continuación. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias. Línea base de medición inicial 20 días. Mensualmente se cumplió con el indicador</p>
9	<p style="text-align: center;">GESTION ADMINISTRATIVA FINANCIERA</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Gestión Financiera, se ubica en un rango de cumplimiento óptimo que va (8-10), debido a que el promedio de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es del 8.00</p>	<p>La entidad ha reportado durante la vigencia con oportunidad y eficacia la información correspondiente al decreto 2193 de 2004, de acuerdo a la periodicidad y los plazos para la entrega de la información establecidas en la presente norma. La información incluye variables de carácter contable, presupuestal, financiero, de capacidad instalada, recurso humano, calidad y producción de servicios. La cartera a través del comité de sostenibilidad contable realizo la depuración de las partidas susceptible de saneamiento con las diferentes EPSs que se le presta servicio, así mismo, se hicieron gestiones de cobro de la cartera morosa y se firmaron las respectivas actas conciliatorias de deudas. Para la generación de informes financieros fueron aplicadas las políticas Niif del nuevo marco normativo La líder del área es la responsable de la caja menor y esta se lleva en cumplimiento de la resolución que la creo. Todas las áreas que conforman el proceso contable financiero presentaron sus informes a las entidades de control que los requirieron. Se registran los soportes de las actividades realizadas pudiéndose evidenciar en el archivo de la oficina. El sistema de costos se encuentra en proceso y la encargada recibió la capacitación para poner en funcionamiento el sistema. El sistema de gestión documental es muy deficiente en la entidad, lo cual tendrá que fortalecerse Fue elaborado y ejecutado el plan anual de adquisiciones, base para la</p>

			contratación de bienes y servicios del Hospital
10	<p style="text-align: center;">GESTION MANTENIMIENTO</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de mantenimiento, se ubica en un rango de cumplimiento óptimo que va (8 -10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 8.</p>	<p>De conformidad con el artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria corresponden al cinco por ciento (5%) del presupuesto total en los hospitales públicos. El líder del área en cumplimiento artículo 12, plan de mantenimiento del decreto antes citado, elaboro el plan de mantenimiento hospitalario vigencia 2020 y se registra seguimiento. Mensualmente se programan y se da cumplimiento según el cronograma, a los mantenimientos preventivos y correctivos, tanto a la infraestructura física como la dotación (equipos médicos y biomédicos, de cómputos ect). A las empresas contratistas del mantenimiento hospitalario, el líder del área ejerce supervisión a la ejecución de los contratos, como también al de vigilancia, aseo. Lavandería y servicios generales, taller, vehículos, rindiendo informes de gastos de mantenimiento hospitalario, a la superintendencia de salud y Gerencia. La ejecución del presupuesto de mantenimiento hospitalario estuvo alrededor del 63.64%. El presupuesto definitivo para mantenimiento hospitalario vigencia 2020 ascendió a la suma de \$5,935.990.041 y su ejecución a diciembre 31 fue de \$3.777.431.592, dejando de invertir \$2.158.558.449, lo que se traduce en que no fueron utilizados todos los recursos para el mantenimiento hospitalario de la vigencia 2020.</p> <p>Mantenimiento preventivo: El plan de mantenimiento es ejecutado mensualmente por cada una de las empresas contratista y evaluado por el Profesional Universitario de Mantenimiento.</p> <p>Inspección periódica de la dotación e infraestructura, para evaluar su estado físico-funcional e identificar fallas, es la ejecución de acciones programadas que tienden a prevenir disfunciones y averías, para asegurar el rendimiento óptimo de los bienes y</p>

			<p>garantizar la seguridad y proteger el medio ambiente. Su propósito es prever las fallas manteniendo los sistemas de infraestructura, equipos e instalaciones productivas en completa operación a los niveles y eficiencia óptimos. La característica principal de este tipo de mantenimiento es la de inspeccionar y detectar las fallas en su fase inicial, y corregirlas en el momento oportuno. Con un buen mantenimiento preventivo, se obtiene experiencia en la determinación de causas de las fallas repetitivas, en el tiempo de operación seguro de un equipo y en la identificación de puntos débiles de instalaciones, maquinas, redes,</p> <p>Se registran los soportes de las actividades realizadas pudiéndose evidenciar en el archivo de la oficina.</p>
11	GESTION AMBIENTAL	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, Gestión Ambiental, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 9</p>	<p>Realizada la verificación del cumplimiento de las actividades enmarcadas en el Plan de Trabajo Estructuración Para La Implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo resolución 312 del 2019 en la ESE, se pudo evidenciar que dentro de las cuatro actividades del plan de acción, como fue 1° SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, tuvo un 100% de cumplimiento, 2°MEDICINA LABORAL Y PREVENTIVA, cumplimiento del 100%, 3° HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, cumplimiento del 100%, 4° CAPACITACIONES, cumplimiento del 100%. Cumplimiento normativo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST), desarrollo de las actividades del PGRHS,</p>
12	GESTION SISTEMA DE INFORMACION Y COMUNICACIONES	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, Gestión Ambiental, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es</p>	<p>Se cuenta con página Web www.hrplopez.gov.co el cual cuenta con la información mínima exigida en la Ley de transparencia y acceso a la información. El sistema de información (S.I) de la entidad es el Software Dinámica Gerencial</p> <p>Se formularon y ejecutaron satisfactoriamente los planes estratégicos relacionados en el</p>

		<p>de 8</p>	<p>Decreto 612 de 2018 aplicables el proceso de gestión de información: y Plan Estratégico de tecnología de la información y comunicaciones PETI, plan de Seguridad y privacidad de la información y se realizó su divulgación por medio de la página institucional y medios de comunicación para ser conocido a los colaboradores y usuarios. El líder del área, genera soluciones por medio de reportes y parametrizaciones a los aplicativos que se utilizan a nivel institucional, ofreciendo también nuevas soluciones no relacionadas al S.I para el manejo de casos tecnológicos que se presenten en los diferentes procesos.</p> <p>Al líder del área de sistemas como responsable de la administración de sistemas de información, realiza la configuración de privilegios de permisos, seguridad, consulta, confidencialidad e integridad en el cual la información no pueda ser manipulada por tercero y a su vez no sea modificada por los colaboradores después de almacenada</p> <p>Ejecución del cronograma de mantenimientos preventivos tanto a nivel de software como hardware. Mantenimientos preventivos de acuerdo al plan de mantenimiento institucional, realizar copias de seguridad de la información y gestionar el sistema de información.</p> <p>La entidad cuenta con mesa de ayuda para los procesos que hacen uso del S.I o que requieren servicio técnico para los casos que se presenten a nivel institucional</p> <p>La entidad garantiza la oportunidad en la presentación de información a entes de control y entidades requirentes dando cumplimiento a la normatividad vigente.</p>
<p>13</p>	<p>GESTION JURIDICA</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Talento Humano, Gestión Ambiental, se ubica en un rango de cumplimiento adecuado que va (8-10), debido a que la calificación de</p>	<p>Publicación oportuna de la información sobre Contratación Pública en SECOP y SIA Observa. Se dio soporte jurídico en forma adecuada y oportuna en las decisiones de la entidad, como también, atención y respuesta oportuna a las consultas y los derechos de petición que le competan</p>

		<p>todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 8</p>	<p>y revisión a los que se tramitaron en otras áreas. Igualmente. Se Coordinó y dirigió la presentación oportuna y respuesta a los informes y requerimientos que soliciten los entes de vigilancia y control. Proyecto y reviso las minutas de los contratos, celebrados por la ESE. Estudio y conceptuó sobre la viabilidad jurídica de los procesos de contratación que adelanta la institución. Defendió los intereses de la institución judicialmente, para lo cual elaboro las demandas necesarias o contestación de estas. Atendió y dio respuesta oportuna a las solicitudes de conciliación extrajudicial a través de la realización de comité de conciliación.</p>
<p>14</p>	<p>GESTION ESTADISTICAS</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Gestión Estadísticas, se ubica en un rango de cumplimiento óptimo que va (8 -10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 8.00.</p>	<p>Se observó la entrega de información oportuna y veraz a las demás áreas de la entidad, como coordinación asistencial, gestión calidad, planeación, para el reporte del decreto 2193 de 2004 en la plataforma SIHO, con periodicidad trimestral, igualmente a la Junta Directiva y Secretaria Departamental de Salud. Se le rindió al DANE información sobre el programa de estadísticas vitales, en los términos requeridos. Lo mismo se coordinó trabajo conjunto y apoyo con la registraduría Nacional y se le brindo información al usuario sobre estadísticas vitales (nacimiento y defunción). Se le brindo información oportuna y veraz al área Jurídica cuando la solicitaron, a fin de resolver problemas jurídicos. Se le brindo también información a las diferentes EPS, sobre datos estadísticos de sus usuarios, cuando lo exigieron, cuando es solicitado por ellos. El personal del área de estadísticas contribuyo a la consecución de los objetivos y misión institucional, a través de rendición de informes oportunos y veraces que sirvieron para la toma de decisiones. Estas contribuyeron a demás con su participación activa en los comités de Historias Clínicas y Convivencia Laboral, como órganos internos de asesoría a la alta dirección. Coordinación con el área asistencial sobre asuntos relacionados con las funciones de estadísticas. Se</p>

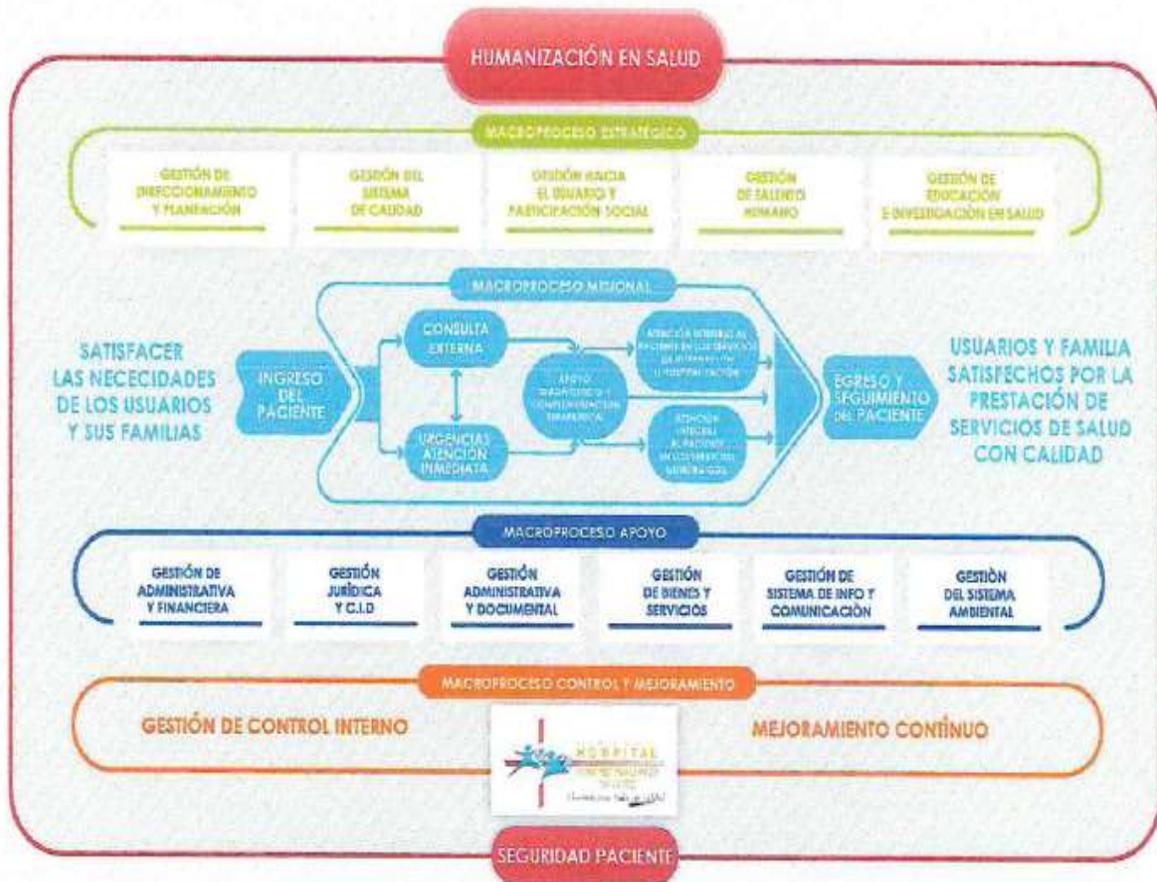
			<p>registran los soportes de las actividades realizadas pudiéndose evidenciar en el archivo de la oficina.</p>
15	<p>GESTIÓN EVALUACIÓN Y CONTROL</p>	<p>EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Control Interno, se ubica en un rango de cumplimiento óptimo que va (8 -10), debido a que la calificación de todos los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 8,00</p>	<p>El porcentaje de cumplimiento de esta área o dependencia fue del 75%, con calificación de 8, sobresaliente, lo cual significa que Desarrolló parcialmente las actividades incorporadas en el plan de auditorías interna, pero los reportes de informes de ley a entes de control se cumplieron en los términos previstos. Los informes fueron presentados y expuestos tanto a Gerencia y Junta directiva y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como destinatarios principales, y publicados en página web institucional. Dentro de rol de asesoría y acompañamiento, asistió a reuniones de los diferentes comités que fue invitado, como también en el desempeño de su rol de relación con entes externos, se atendió Auditoría Gubernamental de la Contraloría General del Departamento del Cesar, visitas de la Secretaria Departamental de Salud y otros entes externos. Conforme al cumplimiento de rendición de informes de ley a entes de control externos, todos fueron elaborados y presentados dentro de los términos previstos en normatividad vigente para cada uno de ellos. Fueron presentados los planes de mejora por parte de las áreas auditadas, por lo que se determina falencias en el seguimiento a los hallazgos y recomendaciones. El jefe de la oficina de control interno realizo el diligenciamiento del FURAG-MECI e hizo seguimiento a los planes de mejoramiento de los entes de control externo. Se publicaron los resultados de auditorías internas en cumplimiento de la ley de 1712 de 2014 relacionado con la transparencia y acceso a la información.</p>
<p>RECOMENDACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Continuar con la puesta en marcha el sistema de costos para la ESE. ❖ Avanzar con la caracterización de ciudadanos en el marco de la implementación del modelo MIPG. 			

- ❖ Llevar acabo la caracterización de los usuarios
- ❖ Realizar la actualización del manual de funciones y competencias atendiendo la normatividad vigente y presentarlo para su aprobación
- ❖ Definición de estrategias de comunicación en medios electrónicos para facilitar la accesibilidad de la información pública
- ❖ Elaborar el Registro o inventario de activos de información, la matriz de Activos de Información consolidada, índice de información Clasificada y Reservada y la realización de la Matriz de Datos Abiertos de la Institución no fueron elaboradas.
- ❖ Ejecutar el Plan institucional de archivo PINAR
- ❖ Que los proyectos en los planes de acción cuenten con respaldo presupuestal para su ejecución
- ❖ Se debe publicar en página web institucional, por parte de la oficina de asesora de planeación, a más tardar el día 30 de enero, la ejecución de plan de acción a corte diciembre 31, con el propósito que la oficina de control interno pueda verificar esta información con las áreas respectivas.
- ❖ Todas las áreas o dependencias de la entidad deben participar activamente en la elaboración del plan de acción
- ❖ Mejorar el flujo de caja que garantice el correcto funcionamiento institucional, la cual permita el pago oportuno a funcionarios y proveedores de servicios o suministros, así mismo, asegurando la disponibilidad de recursos para el financiamiento de la operación y funcionamiento de la Entidad.
- ❖ Identificar las principales causas de Glosas generadas por las distintas EPS y devoluciones en los servicios de la ESE
- ❖ Analizar la causalidad de glosas realizadas a la ESE para la implementación de acciones de mejora que permitan eliminar sus causas
- ❖ Radicar oportunamente las cuentas por venta de servicios
- ❖ Capacitar al personal de la entidad, para que adquieran conocimiento en el manejo de herramientas (hardware y software) para el registro de sus actividades
- ❖ Verificación de herramientas informáticas por mal uso por parte de colaboradores;
- ❖ Solicitar la debida documentación en los periodos estipulados para la publicación en página WEB institucional con el fin de dar cumplimiento a normatividad vigente que lo rige.
- ❖ Mantener el total cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación de los servicios prestados por la E.S.E de acuerdo a la última norma existente

FECHA:8/02/2021

FIRMA: ISIDRO LUIS GOMEZ REDONDO

Ilustración No. 2 Mapa de Procesos.



Fuente: ofc.CALIDAD.HRPL.2020.