

Medellín, 31 de enero de 2023

Doctor
HÉCTOR JAIME GARRO YEPES
Gerente
ESE Hospital La María
Medellín

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA
RADICADO No. **I2023-00068**
CORRESPONDENCIA INTERNA
FECHA: 2023-01-31 15:26:01
RADICÓ: **SOFIA BOTERO RIVERA**



Asunto: Informe Evaluación por dependencias vigencia 2023, periodo evaluable 2022.

Cordial Saludo doctor Héctor Jaime.

Dando cumplimiento al decreto 1083 de 2015 en su artículo 2.2.21.2.5 mediante el cual se verifica la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control este asociado a todas las actividades de la organización aplicándose todos los mecanismos requeridos para la evaluación de las dependencias de nuestra institución, para su conocimiento le remito el informe de control interno que corresponden a la vigencia 2022.

Espero que este informe sirva para tomar las medidas que usted considere para el mejoramiento continuo de la institución en todos los aspectos y en especial para beneficio de la comunidad en general.

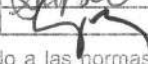
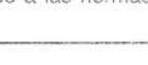
Copia de este informe será presentado a la oficina de comunicaciones de la ESE Hospital La María, con el fin de que sea publicado en la página WEB de la institución.

Agradezco la atención a la presente.

Atentamente,


JUAN CARLOS BARREIRO
Jefe de control interno
Anexo lo enunciado.

Con copia. Doctor Héctor Jaime Garro Yepes, gerente.
Doctora María Manuela Vasco Cadavid, Oficina de comunicaciones

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTO	JOHN ARLEY LONDOÑO HENAO – Técnico Operativo Oficina de CI		30-01-2023
REVISÓ	Sara Bustamante Osorio		30-01-2023
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro – Jefe Oficina de Control Interno		30-01-2023

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

INFORME SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

VIGENCIA 2022

INTRODUCCIÓN

El presente informe se elabora atendiendo la Circular 04 de 2005, expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y las demás normas vigentes relacionadas con las evaluaciones y auditorías internas que realiza la Oficina de Control Interno en la E.S.E Hospital La María, en aras de establecer el nivel de cumplimiento de los objetivos y de las metas Institucionales.

La evaluación se base en la verificación de nivel de cumplimiento por cada dependencia de las metas institucionales definidas en el Plan de Desarrollo Institucional 2020 – y los diferentes planes operativos, planes de mejoramiento e indicadores de gestión que se tengan contemplados por cada una de ellas

Como resultado por parte de esta oficina se realizan algunas observaciones generales y se formulan recomendaciones de mejora, las cuales se espera sean tenidas en cuenta por cada uno de los responsables para la elaboración del Plan de Mejora.

ASPECTOS GENERALES

Normatividad.

Ley 909 de 2004: En su Artículo 39, inciso 2; Obligación de evaluar. El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.

Decreto 1227 de 2005: Artículo 52. El desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa deberá ser evaluado y calificado con base en parámetros previamente establecidos a partir de los planes anuales de gestión del área respectiva, de las metas institucionales y de la evaluación que sobre el área realicen las oficinas de control interno o quienes hagan sus veces, de los comportamientos y competencias laborales, habilidades y actitudes del empleado, enmarcados dentro de la cultura y los valores institucionales.

Decreto 1083 de 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Título 8o, Capítulo 1o Evaluación del Desempeño Laboral.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

Circular 4 de 2005: del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.

Objetivo de la Evaluación.

Realizar evaluación de la gestión de cada dependencia, y establecer el nivel de cumplimiento de los indicadores de gestión establecidos en el Plan de Desarrollo vigente. De la misma manera, tomar como criterio evaluador a los acuerdos de gestión de los empleados del nivel gerencial y de carrera administrativa, de lo cual la Oficina Asesora de Control Interno hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.

Objetivos Generales.

Identificar los factores críticos de los procedimientos y actividades.

b. Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento que garanticen la continuidad de la operación y la satisfacción de los objetivos misionales de la entidad.

c. Retroalimentar los procesos dentro de la cadena de valor y para la evaluación del desempeño de los funcionarios de las áreas evaluadas.

d. Medir, evaluar y controlar los resultados de las diferentes operaciones, así como establecer, entre otros, comportamientos, tendencias y relaciones entre lo programado y lo ejecutado por cada una de las Dependencias.

Alcance del Informe.

Esta evaluación se realiza con base en los resultados obtenidos de las auditorías y de los seguimientos realizados en la vigencia 2022 por parte de la Oficina de Control Interno, y del resultado del seguimiento y evidencias obtenidas del Plan Operativo Anual y del Plan de Mejoramiento Institucional por parte de la Oficina Asesora de Planeación en la misma vigencia.

METODOLOGÍA

Se adopta la metodología establecida por el Consejo Asesor en materia de Control Interno mediante las Circulares 04 del 27 de septiembre de 2005, adicionalmente, se realiza entrevistas en forma personal con cada uno de los responsables de procesos.

Se toma como insumo las auditorías previas realizadas, verificaciones, participación en las reuniones de algunos de los comités institucionales, visitas de seguimiento e informes y recomendaciones tendientes a subsanar las deficiencias encontradas. De la

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

misma manera se toman como parte de información los Planes de Mejoramiento y los seguimientos a su respectivo cumplimiento.

Las actividades de auditoría realizadas se enmarcan dentro de las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, relacionadas con la aplicación del juicio profesional en el examen realizado, se aplicaron técnicas tales como: Identificación, verificación, análisis, inspección, observación, con el propósito de obtener evidencia suficiente, para la emisión de concepto técnico al respecto.

PROCESOS Y DEPENDENCIAS ADSCRITAS

La E.S.E Hospital La María opera a través del Modelo de Operación por procesos, para lo cual, se realizó evaluaciones por dependencias de la siguiente forma:

En cumplimiento de la ley 87 de 1993 con la ley 909 de 2004 y demás normas aplicables de acuerdo con los lineamientos del Departamento de la Función Pública DAFP, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias correspondiente a la vigencia 2022, tomando como referencia el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023, POA y POAI, los resultados de las auditorías y planes de mejoramiento aplicados.

En este, se evalúan las dependencias de la ESE Hospital La María, así:

1. Gestión Documental
2. Calidad
3. Comunicaciones
4. Coordinación Médica
5. Enfermería
6. Financiera
7. Gestión Ambiental
8. Gestión Humana
9. Planeación
10. Subgerencia Administrativa
11. Tesorería

A continuación, se presenta el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos por las dependencias de la E.S.E. Hospital La María.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

Contenido

1.	GESTIÓN DOCUMENTAL.....	5
2.	CALIDAD	10
3.	COMUNICACIONES.....	15
4.	ASISTENCIAL.....	21
5.	ENFERMERÍA	26
6.	FINANCIERA	28
7.	GESTIÓN AMBIENTAL.....	33
8.	PERSONAL Y NÓMINA.....	35
9.	PLANEACIÓN	40
10.	SUBGERENCIA.....	46
11.	TESORERÍA.....	49

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

1. GESTIÓN DOCUMENTAL

Entidad: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA		Área por evaluar: GESTION DOCUMENTAL	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 4: Enfoque de servicios por la vida			
Componente: Componente 2: Memoria institucional.			
Objetivos Plan de Desarrollo: Velar por la protección del patrimonio documental de la entidad			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Plan de digitalización de documentos Implementado ✓ Eficiencia en el cumplimiento con el diligenciamiento del inventario documental en los archivos de gestión ✓ Realizar cronograma de transferencias documentales. ✓ Realizar el inventario documental	80	80	Se cuenta con el Plan de digitalización y se encuentra socializado ante los profesionales de la ESE. Se realizó y se socializó a todas las áreas. Este es un proceso continuo y una actividad que es priorizada
	1	1	
	1	1	
	1	1	
Sistematización de Flujo de Trabajos			

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

✓ Identificar el proveedor para Plataforma de Gestión Documental			Se realizó la contratación del proveedor de la plataforma de Gestión Documental PaperLess. Contrato # PS 0143-2022 Nota se cumple con el indicador para el año
Manuales, Procesos y Procedimientos Archivísticos Implementados	60	60	
✓ Capacitaciones al personal en: Reglamento Interno de Archivo- Archivos de Gestión- Ventanilla Única	1	0	Se capacitó a todas las áreas en los temas archivísticos contemplados en la normatividad Ley 594 de 2000 y acuerdo 060 de 2001, además se realizó acompañamiento a cada uno de los servicios para la correcta elaboración del archivo y sus procesos.
✓ Actualizar las tablas de retención documental y cuadro de clasificación documental	1	0	Esta labor no se llevó a cabo, se solicitó a la subgerencia informar el avance en la contratación para este proyecto; cuya respuesta fue que la contratación se realizará en el 2023
✓ Realizar la tablas de valoración documental.	1	1	Esta labor no se llevó a cabo, se solicitó a la subgerencia informar el avance en la contratación para este proyecto; cuya respuesta fue que la contratación se realizará en el 2023
✓ Actualizar y publicar el programa de gestión documental	4	4	El programa de Gestión Documental se encuentra vigente, se realizó el acto administrativo para su adopción,
	100	100	

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

Realizar el seguimiento al Plan institucional de archivos-PINAR Implementar la política de cero papel en la ESE		el cual fue publicado en la página web. Se realizó con control interno el debido seguimiento. Se realizó la política de Cero papel en su versión 4, se realiza el acto administrativo con Resolución para su adopción, fue socializada en el comité e incluida en las capacitadas y publicada en la página Web de la E.S.E En diciembre se comenzó con las visitas a las áreas para verificar el consumo.
---	--	---

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

En lo relacionado con el grado de cumplimiento de los compromisos y/o Plan de Acción de la vigencia 2022 del proceso de Gestión Documental se cumplió en un alto porcentaje, teniendo en cuenta que los indicadores del proceso de **Gestión Documental**, nos permitieron medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión de dicho proceso dentro del Hospital, de acuerdo a su periodicidad, y el cumplimiento de su misión institucional.

Se observa un cumplimiento del 100% de:

- Seguimiento al Plan Institucional de Archivo – PINAR

Se observa avance del 80% del Plan de Digitalización de Documentos y Sistematización de Flujos de Trabajo a través del software PaperLess

Se observa un cumplimiento del 60% en el componente Manuales de Proceso y Procedimientos, siendo el aspecto con menor avance del Plan. En este, los siguientes indicadores no presentan avance en la vigencia:

- *“Actualizar las tablas de retención documental y cuadro de clasificación*

documental”

- *“Realizar la tablas de valoración documental”*

El indicador *“Digitalización de la información institucional”* no se diligenció en GESIS durante esta vigencia.

La Oficina de Control Interno establece una valoración final bajo los estándares de integridad, independencia, objetividad, e imparcialidad; en consecuencia, una vez verificado en el software GESIS la tabla de indicadores para el área de Gestión Documental, Información para la vigencia 2022, se observa que los indicadores son coherentes con lo informado por el área de Gestión Documental y se obtuvo un porcentaje de cumplimiento en forma aceptable.

RECOMENDACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Pese a que la evaluación de la vigencia 2022 arroja resultados muy positivos, la Oficina de Control Interno no evidencia en dicho informe información que se relacione con el plan de mejoramiento asociado a las recomendaciones dadas en este mismo informe para la vigencia 2022 periodo evaluable 2021, lo anterior incumple con la normatividad vigente artículo 2. Ley 87 de 1993, Objetivos del sistema de Control Interno. (d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional. c. Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.

Por lo anterior y en cumplimiento de la misma norma Ley 87 de 1993 artículo 12. “Funciones de los auditores internos. Serán funciones del asesor, coordinador, auditor interno o similar las siguientes: k. Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas”; y el decreto 403 de 2020 artículo 151. “Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma”.

El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.

El jefe de la Oficina de Control Interno reitera al líder de esta evaluación implementar el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en el informe “Evaluación por

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

dependencias vigencia 2022 periodo evaluable 2021”, al igual que establecer el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en la presente evaluación “Evaluación por dependencias vigencia 2023”.

Dado lo anterior se solicita comedidamente al líder del proceso acercarse a la Oficina de Control Interno para acompañarlo en la construcción de dicho plan de mejoramiento y una vez elaborado el mismo se deberá cumplimiento al mismo a través de los seguimientos programados por la Oficina de Control Interno durante cada vigencia.

2.

3.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

4. CALIDAD

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Calidad	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 1: Dirección estratégica para una gestión con responsabilidad			
Componente: Comprometidos con el mejoramiento continuo			
Objetivos Plan de Desarrollo: Desarrollar actividades tendientes al mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Documentación de procesos bajo Sistema de Gestión de la calidad en el SUH y gestión de riesgo	90	125%	Para el logro de este objetivo se realizó un diagnóstico el estado actual del cumplimiento de los requisitos del SUH, posterior al diagnóstico se procedió a realizar un plan de trabajo con cada uno de los líderes del servicio referente a la documentación de procesos bajo el Sistema de Gestión de la Calidad. Se generó el cronograma para la documentación y la revisión de caracterizaciones La meta establecida para la anualidad es del 90%, teniendo en cuenta el histórico del indicador (años 2020, 2021 y 2022) se cuenta con un resultado del 125% (25/20). La institución durante el periodo habilito nuevos servicios como lo son: Trasplante de riñón, oncología clínica y quimioterapia lo que eleva la calificación del indicador por el aumento de los procesos. Durante el periodo se ajustó la documentación informada con el corazón de la norma o criterios

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

			obligatorios según la Resolución 3100
Procesos Socializados	90	125%	La meta establecida para la anualidad es del 90%, teniendo en cuenta el histórico del indicador (años 2020, 2021 y 2022) se cuenta con un resultado del 125% (25/20) Durante el periodo se socializo con los lideres la documentación informada con el corazón de la norma o criterios obligatorios según la Resolución 3100
Procesos Implementados	90	125%	La meta establecida para la anualidad es del 90%, teniendo en cuenta el histórico del indicador (años 2020, 2021 y 2022) se cuenta con un resultado del 125% (25/20) Todos los procesos se encuentran implementados
Acciones de mejora ejecutadas derivada de las auditorías realizadas	100	100%	Durante el periodo al total de oportunidades de mejora. Se cumple con el cierre de las 563 oportunidades de mejora.
Formulación de la política de administración del riesgo	1	100%	Se cuenta con la política de administración del riesgo documentada y adoptada bajo Resolución.
Línea Plan de Desarrollo: Línea 6: Innovación, ciencia e investigación para la vida			
Componente: Investigación para la formación de competencias y desarrollo profesional en salud.			
Objetivos Plan de Desarrollo: Establecer los problemas en salud pública y contribuir con respuestas y medidas de intervención pertinente y costo efectivas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y control; con énfasis en nuestra población vulnerable.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Avances en el proceso de acreditación	30	100%	SE realizó la recertificación para el año 2023 mediante el diagnostico en 8 áreas de interés en la herramienta "DiagnosticaRSE II". Las áreas a evaluadas fueron: Medio Ambiente,

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

			Comunidad y Sociedad, Clientes y Consumidores, Gobierno Corporativo, Estado, Empleados, Proveedores y Competencia
Aumentar el resultado de la autoevaluación en los estándares de acreditación	2.0	100%	Durante el periodo se consolido la autoevaluación para el periodo 2022 con un resultado de 2.08. El Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en el desarrollo del ciclo de mejoramiento de la ESE en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008” con un resultado en la Autoevaluación de los Estándares Hospitalarios y Ambulatorios de 2.08 en el año 2022 y de 1.78 en el año 2021. El mejoramiento continuo de calidad aplicable al comparar las autoevaluaciones de las dos vigencias es de 1.2
Ejecutar las oportunidades de mejora en cada ciclo	90	100%	Dentro del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad periodo 2022 se priorizaron 16 oportunidades de mejora las cuales fueron ejecutadas en su totalidad.

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

Al realizar la revisión retrospectiva de los ítems e indicadores en el área de calidad, se observa y evidencia un grado considerable de cumplimiento con respecto a los compromisos (8) asociados al objetivo del Plan de Desarrollo, cumplimiento con los indicadores, actividades y cronogramas de trabajo propias del área y establecidos por el Hospital, ubicándose en el rango de cumplimiento aceptable; todo esto se evidencia a través de la documentación digital revisada en la oficina de calidad, el plan de desarrollo del Hospital y en la plataforma del GESIS para visualizar los indicadores donde se puede observar cada uno de los documentos que acreditan el cumplimiento de los compromisos asignados.

Sin embargo. se observa que en algunos ítems de los indicadores de gestión, inicialmente no hubo cumplimiento total en los primeros trimestres correspondiente a los siguientes indicadores:

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

Promedio de la calificación de la Autoevaluación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, se observa que inicialmente no hubo cumplimiento debido a que para el periodo no se realizó el proceso de autoevaluación del PAMEC, dicha actividad estaba programada para el mes de abril de 2022, seguido a que para el de mayo se estaba terminando de consolidar el resultado final de la autoevaluación con los estándares de manera cuantitativa y cualitativa; para este ultimo trimestre se consolido la autoevaluación para el periodo 2022 con un resultado de 2.08

Ejecutar las oportunidades de mejora en cada ciclo: Durante el periodo se realizó la etapa de priorización de oportunidades de mejora. Se priorizaron 6 estándares con 16 oportunidades de mejora las cuales se darán desarrollo a partir del mes de agosto de 2022.

Avances en el proceso de acreditación: Según el informe de indicadores no Aplica medición para el periodo referido. La recertificación esta para el último trimestre del año 2022 mediante el diagnostico en 8 áreas de interés mediante la herramienta DiagnosticaRSE. Las áreas a evaluar son: Medio Ambiente. Comunidad y Sociedad. Clientes y Consumidores. Gobierno Corporativo. Estado. Empleados. Proveedores y Competencia

Acciones de mejora ejecutada derivada de las auditorías realizadas: Durante el periodo trimestral se realizaron 6 auditorías internas a los servicios de Gestión Pre transfusional y Imágenes Ionizantes Terapia Respiratoria y Servicio TAB- TAM, Diálisis Hemodiálisis y Servicio Fisioterapia, no cumpliéndose las metas asignadas.

RECOMENDACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Pese a que la evaluación de la vigencia 2022 arroja resultados muy positivos, la Oficina de Control Interno no evidencia en dicho informe información que se relacione con el plan de mejoramiento asociado a las recomendaciones dadas en este mismo informe para la vigencia 2022 periodo evaluable 2021, lo anterior incumple con la normatividad vigente artículo 2. Ley 87 de 1993, Objetivos del sistema de Control Interno. (d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional. c. Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.

Por lo anterior y en cumplimiento de la misma norma Ley 87 de 1993 artículo 12. "Funciones de los auditores internos. Serán funciones del asesor, coordinador, auditor interno o similar las siguientes: k. Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas"; y el decreto 403 de 2020 artículo 151. "Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma”.

El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.

El jefe de la Oficina de Control Interno reitera al líder de esta evaluación implementar el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en el informe “Evaluación por dependencias vigencia 2022 periodo evaluable 2021”, al igual que establecer el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en la presente evaluación “Evaluación por dependencias vigencia 2023”.

Dado lo anterior se solicita comedidamente al líder del proceso acercarse a la Oficina de Control Interno para acompañarlo en la construcción de dicho plan de mejoramiento y una vez elaborado el mismo se deberá cumplimiento al mismo a través de los seguimientos programados por la Oficina de Control Interno durante cada vigencia.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

5. COMUNICACIONES

Entidad: E.S.E Hospital La María	Área por evaluar: Comunicaciones
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico	
Línea Plan de Desarrollo: 5	
Componente: Compañía, amor y humanización al servicio de todos.	
Objetivos Plan de Desarrollo: Generar una oportuna respuesta a las problemáticas, necesidades, oportunidades, limitaciones y debilidades, que afectan a la comunidad, con el propósito de dar cumplimiento al marco legal vigente en derechos humanos y participación social en salud.	
La E.S.E Hospital La María cuenta con algunos canales de comunicación interna como correos electrónicos Institucionales, Comités institucionales, líneas telefónicas por área y grupos de WhatsApp. Estos canales, permiten que la comunicación entre los empleados de la institución sea más ágil y oportuna. Además, de que permiten comunicar las diferentes actividades que se realizarán dentro de la entidad. El Hospital también cuenta con una Página Web, en la que los funcionarios pueden acceder a la información pública como son: Informes, Actas, Resoluciones, Manuales, Etc. Por recomendación de la Oficina de Control Interno, se viene haciendo ajustes a esta Página Web, con el fin de hacerla más dinámica y de fácil acceso tanto para la ciudadanía como para los empleados de la institución. Es importante fomentar en los servidores un sentido de pertenencia, una cultura organizacional en torno a una gestión ética, eficiente y eficaz que proyecte su compromiso con la rectitud y la transparencia, como gestores y ejecutores de lo público, contribuyendo al fortalecimiento continuo del clima laboral. COMUNICACIÓN PÚBLICA Se tiene definida la política de comunicación organizacional, la cual hace parte del Código de Integridad y está orientada a la construcción de un sentido de pertenencia y al establecimiento de relaciones de diálogo y colaboración entre los servidores de la institución, esta política, se complementa con el procedimiento documentado de las comunicaciones institucionales, adscrito al proceso de Sistemas de Información y con el plan de medios. Para la comunicación informativa, la E.S.E La María posee tecnologías y diversos medios de comunicación y de publicación, que facilitan el intercambio entre la dirección y los servidores de la entidad y entre la institución y los ciudadanos, los diferentes grupos de interés y los entes de control externos. Se cumple con la rendición de informes de gestión de la entidad, ante la Junta Directiva, ante los empleados de la institución y ante la comunidad y ante los entes externos, se publican los estados	

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

financieros, la contratación y la ejecución presupuestal y en el periodo 2020, se hizo dos rendiciones de cuentas, una por semestre.

Se verifica la oportunidad y veracidad de la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales de información, mediante el formato de control de rendición de informes, las herramientas tecnológicas con que cuenta la E.S.E; garantiza la integridad de la información y los sistemas de información utilizados facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas. Se tienen definidos los mecanismos para la rendición de cuentas, se motivó la participación de las asociaciones de usuarios y veedurías al evento de rendición de cuentas.

El Hospital dispone de canales de comunicación, (carteleras, página Web, Sistema informativo de atención al usuario, medios de comunicación, grupos de WhatsApp y perifoneo) plenamente identificados, definidos, con pertinencia de acuerdo a las necesidades de la institución, que aplica mecanismos de controles y directrices para garantizar la efectiva y correcta comunicación organizacional e informativa, permitiendo a los usuarios y partes interesadas fácil acceso a los servicios ofrecidos por la entidad.

La E.S.E Hospital La María, dando cumplimiento a lo preceptuado por la Ley 1474 de 2011 en su artículo 78, realiza una audiencia pública cada año garantizando la participación de todas las organizaciones sociales de su área de influencia, funcionarios de la Institución y personas naturales, en la cual se rindió cuentas de su gestión durante la presente vigencia. En estas audiencias se les informa a los presentes de cómo se están ejecutando los recursos, como ha sido la ejecución del presupuesto, gestiones realizadas, atenciones y el comportamiento en general de las finanzas.

Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Realizar campañas Edu-Comunicativas con un enfoque diferencial, logrando incrementar la percepción y la inclusión social de nuestra institución.	Meta 2022 Total: 2	100%	Se cumple en su totalidad dicho indicador, debido a que se hace realización y entrega de un informe en el que se establecen las actividades a realizar (campañas edu-comunicativas) y estas van enfocadas al personal de la E.S.E Hospital La María.
Implementación de medios de comunicación que permitan la inclusión de la población vulnerable.	Meta 2022 Total: 3	100%	Se materializa la implementación de cuatro medios de comunicación dentro de la página web. Lo que indica el debido cumplimiento con la meta establecida del cuatrienio. Por lo que se procede a realizar seguimiento de efectividad a cada uno de estos medios.
Desarrollo de un canal de comunicación interna que permita la interacción inmediata de los colaboradores de la E.S.E.	Meta 2022 Total: 60	100%	El desarrollador web cumple a cabalidad con la entrega del informe en el que se hace un análisis de la eficiencia, efectividad y lo ejecutado dentro de esta plataforma durante el 2022.
Plan de marketing digital elaborado y aprobado.	Meta 2022 Total: 1	100%	Anualmente el área de comunicaciones realiza un plan de marketing en el que

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Análisis de canales de distribución para los segmentos de clientes específicos.

Meta 2022
Total: 1

100%

se establece la programación de diferentes eventos o fechas institucionales que se realizan dentro de la E.S.E Hospital La María.

Se realiza un informe en donde se presentan las estadísticas de la favorabilidad o des favorabilidad que tienen los usuarios frente a las publicaciones que se realizan a través de las redes sociales institucionales. Dichas estadísticas son arrojadas por medio de una herramienta llamada meta, la cual analiza los datos de Facebook e Instagram.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

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

Los indicadores del proceso del área de Comunicaciones sumado a la documentación aportada por el líder como el **INFORME INDICADORES POAI, EL MANUAL DE IMAGEN CORPORATIVA, LA POLÍTICA DE COMUNICACIONES, EL PLAN DE DESARROLLO DEL HOSPITAL**, nos permitieron medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión de dicho proceso dentro de la Entidad, y de acuerdo a su periodicidad, y el cumplimiento de su misión institucional, la oficina de control interno establece una valoración final bajo los estándares de integridad, independencia, objetividad, e imparcialidad; en consecuencia, una vez verificado plataforma del GESIS, el proceso de Comunicación para la vigencia 2022 obtuvo un porcentaje de cumplimiento de los indicadores del **100%**, el cumplimiento de las actividades dentro de los tiempos programados en la vigencia objeto de revisión.

RECOMENDACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Pese a que la evaluación de la vigencia 2022 arroja resultados muy positivos, la Oficina de Control Interno no evidencia en dicho informe información que se relacione con el plan de mejoramiento asociado a las recomendaciones dadas en este mismo informe para la vigencia 2022 periodo evaluable 2021, lo anterior incumple con la normatividad vigente artículo 2. Ley 87 de 1993, Objetivos del sistema de Control Interno. (d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional. c. Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.

Por lo anterior y en cumplimiento de la misma norma Ley 87 de 1993 artículo 12. “Funciones de los auditores internos. Serán funciones del asesor, coordinador, auditor interno o similar las siguientes: k. Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas”; y el decreto 403 de 2020 artículo 151. “Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma”.

El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.

El jefe de la Oficina de Control Interno reitera al líder de esta evaluación implementar el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en el informe “Evaluación por

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

dependencias vigencia 2022 periodo evaluable 2021”, al igual que establecer el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en la presente evaluación “Evaluación por dependencias vigencia 2023”.

Dado lo anterior se solicita comedidamente al líder del proceso acercarse a la Oficina de Control Interno para acompañarlo en la construcción de dicho plan de mejoramiento y una vez elaborado el mismo se deberá cumplimiento al mismo a través de los seguimientos programados por la Oficina de Control Interno durante cada vigencia.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

ASISTENCIAL

Entidad: ESE Hospital la María		Área por evaluar: Asistencial (Dirección Médica)	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: línea 3			
Componente: Hospital líder en la atención de las patologías con mayor impacto en la salud pública, comprometidos con la excelencia en la atención			
Objetivos Plan de Desarrollo: prestar los servicios de salud de alta y mediana complejidad, mediante una atención segura, humanizada y con calidad, a través de una gestión transparente y adecuada de los recursos; enfocándose en el mejoramiento continuo, la satisfacción al usuario, la familia y la comunidad.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo		Medición compromiso	
		Meta	Resultado

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

1. Proporción de Adopción y socialización de las 3 principales Guías de manejo médico en un 80%.	60%	80%	1. Para dar cumplimiento a el compromiso y la meta institucional y así continuar con el mejoramiento continuo Se realizaron capacitaciones al personal médico de la institución, se implementó el programa de auditoria de historia clínica con retroalimentación al personal y con resultados analizados en comité de historia clínica, se implementaron capacitación 2 veces a la semana de principales patologías atendidas según morbilidad institucional.
2. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria mayor a 48 horas en un 100%.	100%	100%	2. Este es un indicador fundamental en la mejora continua institucional lo cual hace necesario el análisis exhaustivo de cada caso de muerte mayor a 48 horas el cual es presentado en el comité de seguridad del paciente allí se toman las medidas de mejoramiento necesaria para cada caso analizado y así continuar con una atención adecuada y de calidad a los pacientes de la institución.
3. Satisfacción del Usuario Externo en un 95%.	95%	97.8%	3. Este resultado es positivo para la institución se complementa con la oficina de atención al usuario además de capacitación por recurso humano de atención al cliente y humanización del servicio logrando así una atención con calidad y calidez para nuestros usuarios, también se implementó el call center lo que ha mejorado la respuesta telefónica a los usuarios.
4. Tiempo promedio asignación de citas medicina interna.	9.57 días	5,9 días	4. La institución y el equipo de
		7,2 días	

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

	15 días		trabajo de consulta externa ha logrado llevar este indicador a una meta ideal en primer lugar se aumentaron en 192 horas de medicina interna además se llevó a cabo reunión con todas las EPS para definir capacidad instalada y así tener control de las autorización y pacientes a valorar según capacidad institucional.
5. Oportunidad en la asignación de citas ortopedia	10 días	4,1 días	
6. Oportunidad en asignación de citas cirugía general	90%	100%	5. Se realizo apoyo por parte del grupo de ortopedia aumentado en 100 horas de ortopedia en consulta externa, además, se realizó capacidad instalada para cada EPS contratada.
7. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de infarto Agudo de miocardio (IAM) en un 90%.	90%	100%	6. Se realizo aumento de 192 horas de cirugía general para consulta externa, además, se realizó capacidad instalada para cada EPS contratada.
8. Oportunidad en la realización de apendicetomía en un 90%	90%	92%	7. Es importante mencionar que el volumen de atención de esta patología en la institución es muy bajo por lo cual se ha logrado el 100%. Además se han realizado capacitaciones en dicho procedimiento y se ha mejorado la oportunidad en laboratorio lo que hace que el tratamiento sea lo mas oportuno posible
9. Evaluación de aplicación de			8. Es importante mencionar que el volumen de atención de esta patología en la institución es muy bajo por lo cual se ha logrado el 100%, Además, se han realizado capacitaciones en dicho procedimiento y se ha mejorado la oportunidad en laboratorio y en ayudas diagnosticas al mejorar la

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en un 95%			oportunidad en el resultado de las mismas, lo que hace que el tratamiento sea lo más oportuno posible. 9. Es importante mencionar la principal causa de egreso es la atención de los pacientes con diagnóstico de VIH , este control se realiza con los lineamiento del ministerio de salud y la cuenta de alto costo haciendo un análisis riguroso de cada historia clínica y así se retroalimenta el personal estos datos son presentados en comité de historia clínica.
---	--	--	--

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

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

De acuerdo con la información de las actividades realizadas en el proceso **asistencial (Coordinación médica)**, en forma general dio cumplimiento al plan de acción asignado, los indicadores del proceso de Coordinación médica, nos permitieron medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión de dicho proceso dentro del Hospital, y de acuerdo a su periodicidad, y el cumplimiento de su misión institucional, la oficina de control interno establece una valoración final bajo los estándares de integridad, independencia, objetividad, e imparcialidad; en consecuencia, una vez verificado la plataforma del GESIS, el proceso de Direccionamiento Estratégico para la vigencia 2022 obtuvo un porcentaje de cumplimiento de los indicadores en forma óptima.

Lo anterior, con observancia del informe presentado por el área a través del cual se soportan los indicadores que alcanzaron la meta propuesta, siendo la gestión muy positiva por parte del área.

También se evidencia que aportó el acuerdo de gestión en el cual se establece en forma escrita los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos del Hospital; como herramienta de seguimiento y evaluación de la gestión de los gerentes públicos por medio de los planes estratégicos, las funciones y objetivos institucionales con el fin de garantizar el mejoramiento continuo de la gestión de la Entidad y el logro de los objetivos institucionales, cumpliendo así con el **artículo 50 de la Ley 909 de 2004**; y los **Decreto 1227 de 2005 y Decreto 1083 de 2015**.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

6. ENFERMERÍA

Entidad: E.S.E Hospital la Maria		Área por evaluar: Enfermería	
Dimensión del MIPG: Evaluación de Resultados			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 3: Gestión Asistencial Humanizada y Equitativa			
Componente: Hospital líder en la atención de las patologías con mayor impacto en la salud pública, comprometidos con la excelencia en la atención			
Objetivos Plan de Desarrollo: Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Capacitación y socialización de los protocolos de enfermería	Capacitar al 100% del personal en los protocolos de atención	Se realizaron 108 capacitaciones en el 2022, se capacito al 90% del personal de enfermería	Se cuenta con programación de formación al personal relacionado con los protocolos institucionales, esta se realiza dos veces al mes, se asigna al personal por cuadro turno, garantizando su asistencia.
Actualización y creación de guías y protocolos de enfermería	Contar con todas las guías y protocolos de enfermería actualizados basado en evidencia científica que permita brindar una atención segura	Se actualizaron 35 protocolos de enfermería y se pasaron al área de calidad 100%	Se cuenta con protocolos actualizados dispuestos para el personal en todos los computadores de las áreas asistenciales

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

Medición de adherencia a los protocolos institucionales	Cumplimiento del 100% de adherencia de los protocolos de enfermería	La medición global de los protocolos de enfermería es de un 80% . Cada protocolo cuenta con una medición y se interviene al personal en los hallazgos encontrados	Se realiza de forma permanente rondas de seguridad que permiten identificar la adherencia a los protocolos. Se presenta en el comité de seguridad del paciente
---	--	--	--

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

Se evidencia en lo relacionado con el grado de cumplimiento del área de Enfermería (Seguridad del Paciente), el acatamiento en un alto porcentaje de las actividades asignadas ubicándose en el rango de cumplimiento; todo esto se evidencia a través de la documentación aportada por el área de enfermería, estos soportes hacen referencia al cumplimiento del indicador, y de los cronogramas de trabajo establecidos por el Hospital.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

7. FINANCIERA

Entidad: E.S.E Hospital la Maria		Área por evaluar: Financiera	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Gestión financiera y administrativa para el desarrollo sostenible			
Componente: Equilibrio y sostenibilidad con rentabilidad social y financiera			
Objetivos Plan de Desarrollo: Gestionar el equilibrio y la sostenibilidad financiera, mediante el análisis permanente del comportamiento administrativo, contable y financiero, que provea la información necesaria para la toma de decisiones.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo		Medición compromiso	
		Meta	Resultado

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Rotación de cartera en número posterior al reconocimiento de la deuda.	70 días	173 días	Se evidencia que el indicador no cumple con la meta dado que a pesar de las gestiones de cobro que se hacen desde el nivel directivo, las aseguradoras no siempre responden de manera positiva, además se hace notorio que las carteras al entrar en cobro jurídico dilatan los tiempos de recaudo y a su vez la iliquidez de las EAPB impacta negativamente el indicador.
Gestión de glosas definitivas.	100%	100%	Durante la vigencia se cumple con el indicador, debido a que se ejecutaron todas las conciliaciones programadas para la gestión de glosas.

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Recaudo por venta de servicios.	85%	79%	No se logró cumplir con el indicador dado que se evidencia que durante toda la vigencia no hubo un equilibrio entre los valores recaudados y los compromisos adquiridos por la institución.
Variación de la facturación semestral.	15%	1%	La baja afluencia de pacientes con diagnóstico COVID 19, sumado a la reducción de tarifas con algunas EAPB impactó de manera negativa el indicador.
Glosas definitivas.	5%	16%	Factores como la pertinencia médica, errores en la facturación y el no anexo de soportes de ayudas diagnósticas a las cuentas médicas, impactaron negativamente el indicador.

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Modelo de costos empresaria TDABC.	100%	100%	El cien por ciento de los centros de costo que se tienen parametrizados para operar se encuentran en funcionamiento y continuo monitoreo.
Respuesta oportuna de glosa inicial de servicios.	78%	87%	La oportuna gestión del área de glosas y devoluciones ante los requerimientos y reclamaciones por parte de las EAPB, permitió sostener el indicador por encima de la meta.
Ejecución presupuestal.	80%	88%	Se tenía como meta ejecutar el 80% del presupuesto de la vigencia y se superó el tope del indicador en un 8%.

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

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

Los indicadores del proceso del área Financiera nos permitieron medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión de dicho proceso dentro del Hospital, y de acuerdo a su periodicidad, y el cumplimiento de su misión institucional, la oficina de control interno establece una valoración final bajo los estándares de integridad, independencia, objetividad, e imparcialidad; en consecuencia, una vez verificada la plataforma del GESIS, el proceso del área Financiera para la vigencia 2022 obtuvo un porcentaje de cumplimiento de los indicadores en forma regular.

No obstante, lo anterior, se aclara y se advierte que con observancia al informe presentado por la oficina Financiera a la oficina de Control Interno el día 24 de enero de 2023, a través del cual se soportan los indicadores que quedaron por debajo de la meta asignada de cada uno de los procesos de la Entidad, nos reporta el sustento y las razones por el cual no se alcanzó la meta del % asignado.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

8. GESTIÓN AMBIENTAL

Entidad: E.S.E Hospital la María		Área por evaluar: Gestión Ambiental	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: LÍNEA 7: MEDIO AMBIENTE SANO Y SEGURO, DEJANDO HUELLA PARA LA VIDA			
Componente: 1: ALINEACIÓN ECOLÓGICA CON RESPONSABILIDAD SOCIAL			
Objetivos Plan de Desarrollo: Fortalecer la planeación y gestión de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente e infraestructura, a través, del desarrollo de los componentes estratégicos, temáticos y medibles.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Actualización del Plan de Gestión de Residuos Generados en la atención Salud y otras actividades PGIRASA	1	1	El Plan de Gestión de Residuos Generados en la atención Salud y otras actividades PGIRASA se actualiza de acuerdo a las renovaciones de la normatividad ambiental y a los cambios en la prestación de servicios del hospital y a las reformas locativas significantes; durante el año 2022 se realizaron 2 actualizaciones que incluyeron el cambio de código de colores para dar cumplimiento a la Resolución No. 2184 de 2019 y la inclusión del servicio de quimioterapia.
Formular el Plan de Movilidad Empresaria Sostenible – MES.	1	1	El plan de Movilidad Empresarial Sostenible se formuló en el año 2021 y se envió al área metropolitana para su revisión y aprobación en el mes de febrero del año 2022, el cual fue radicado con el número 003356, en el mes de junio se recibió comunicado por el Área Metropolitana aprobaban con radicado 00-012635.
			El programa de mantenimiento de

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

Plan de Mantenimiento ambiental y del componente arbóreo	100%	90%	árboles y zonas verdes PM-GAI-001 tiene como objetivo fijar las bases para la Conservación y Limpieza de Zonas Verdes del Hospital la maría, mediante un estándar de actividades programadas para su sostenimiento y cumplimiento. Las actividades que se realizaron durante el año 2022, se encuentran contempladas en el cronograma de actividades del programa de mantenimiento, De acuerdo al cronograma ya establecido se realizaron las siguientes: riego, refilado de césped, limpieza del jardín, corte de mantenimiento y aireación de jardinería. El porcentaje de avance fue de un 90% ya que por temas contractuales, no hubo personal personal que realizara las actividades durante un mes.
--	------	-----	--

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

En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Gestión Ambiental, demuestra el acatamiento total a las dos primeras actividades y la tercera se cumplió en un 90% ubicándose en el rango de cumplimiento Óptimo; todo esto se evidencia a través de la documentación aportada por área de gestión ambiental donde se observa y análisis del cumplimiento de los compromisos asociados al objetivo del Plan de Desarrollo, estos soportes hacen referencia al cumplimiento del indicador, y de los cronogramas de trabajo establecidos por el Hospital, los cuales se constataron en la plataforma GESIS donde se evidencia los indicadores.

9. PERSONAL Y NÓMINA

Entidad: E.S.E Hospital la María		Área por evaluar: Personal y nómina	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 8: gestión integral del talento humano que trabaja con amor por la vida.			
Componente: Componente 2: desarrollo del talento humano			
Objetivos Plan de Desarrollo: 1. Propender por el desarrollo continuo del talento humano 2. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y su funcionamiento.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
1. Formulación de la Política de Gestión del conocimiento.	100%	100%	Se tiene como meta el 100% de la formulación de la política de gestión del conocimiento y se obtuvo como resultado el 100%; ya que se cumplió a cabalidad con el propósito, dando cumplimiento a la meta establecida en el plan de desarrollo; con esto se pretende que la información esté al alcance de todos, mitigando la fuga y perdida de información, evitando afectación a los procesos institucionales.
2. Cumplimiento con el Plan de bienestar Social	100%	100%	Se tiene como meta la ejecución del 100% del plan de bienestar presentado para la vigencia, se dio total cumplimiento a lo establecido en el mismo, abordando la totalidad de las actividades propuestas. Se evidenció satisfacción de parte del personal por las actividades ejecutadas, garantizando además con esta ejecución espacios de esparcimiento que según lo manifestado por diferentes empleados significó un aumento

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

			circunstancial de su motivación en le ejercicio de las funciones y en la cotidianidad.
3. Cumplimiento con Plan anual de vacantes	90%	90%	La meta establecida para este ítem se estableció en le 90% dentro de la programación enmarcada en el plan de desarrollo, se logró cumplir a cabalidad, mediante el mecanismo de verificación permanente de las plazas liberadas y ocupadas durante la vigencia.
4. Variación de la deserción del personal de apoyo administrativo y misional	100%	100%	Se tiene como meta 100% del registro de la Variación de la deserción del personal de apoyo administrativo y misional y se encuentra que la deserción se toma del personal que abandona su cargo sin previo aviso. por lo tanto, este indicador no tiene variación, toda vez que no se presentaron casos en los que un empleado estuviera implicado en deserción.
5. Aplicación del instrumento de medición del clima laboral	100%	100%	Se estableció la meta del 100% en la Aplicación del instrumento de medición del clima laboral, se logró cumplir a cabalidad y se obtuvo como resultado, una serie de datos fundamentales para la etapa de individualización e intervención.
6. Cumplimiento con el Plan de estímulos e incentivos	90%	100%	Se tiene como meta la ejecución del 90% del Plan de estímulos e incentivos presentado para la vigencia, se dio total cumplimiento a lo establecido en el mismo, además que generó gran satisfacción en los empleados, viéndose esto reflejado en la celebración y reconocimiento hacia los empleados en diferentes espacios y momentos.

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

7. Cumplimiento con el Plan de SST	80%	100%	Se tiene como meta establecida un cumplimiento del 80% en el desarrollo del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, implementado en cada una de las áreas de la ESE las estrategias necesarias para lograr este objetivo. Se cumplió el objetivo mediante la ejecución del plan anual de trabajo de SST.
8. Cumplimiento al plan anual de Capacitaciones	90%	90%	Se tiene una meta establecida del 90% para dar cumplimiento al plan anual de capacitaciones, se realiza permanentemente la difusión y socialización de los mismos, enmarcada en el cronograma inicial presentado por la Psicosocial asignada para su ejecución, se da cumplimiento a lo planteado y se obtiene unos excelentes resultados en materia de ejecución.
9. Cumplimiento al Plan Estratégico Del Talento Humano	100%	100%	Se tiene como meta el cumplimiento al 100% del Plan Estratégico Del Talento Humano, este se logra mediante el cumplimiento de los demás planes institucionales, teniendo en cuenta que es un cumulo de acciones las que tienen que ejecutar para poder llegar a cumplir la meta. Se trabaja de manera mancomunada por parte de todo el equipo de Personal y Nomina en la consolidación de la información.

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

Se evidencia la ejecución de las actividades realizadas y los indicadores del proceso de gestión del área de Personal y nómina, a través de los compromisos (9) asociados al objetivo del Plan de Desarrollo, y por medio de los indicadores, nos permitieron medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión de dicho proceso dentro de la Entidad, y de acuerdo a su periodicidad, y el cumplimiento de su misión institucional, la oficina de control interno establece una valoración final bajo los estándares de integridad, independencia, objetividad, e imparcialidad; en consecuencia, una vez verificado la plataforma GESIS, el proceso de Personal y Nomina para la vigencia 2022 obtuvo un porcentaje de cumplimiento de los indicadores optimo, sin embargo para esta oficina de Control Interno, se hace importante que también se aporten las evidencias que dan pie a los resultados obtenidos.

También se resalta que aportó el acuerdo de gestión en el cual se establece en forma escrita los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos del Hospital; como herramienta de seguimiento y evaluación de la gestión de los gerentes públicos por medio de los planes estratégicos, las funciones y objetivos institucionales con el fin de garantizar el mejoramiento continuo de la gestión de la Entidad y el logro de los objetivos institucionales, cumpliendo así con el **artículo 50 de la Ley 909 de 2004**; y los **Decreto 1227 de 2005 y Decreto 1083 de 2015**.

No se evidencia que el área de Personal y Nomina haya dado cumplimiento a las recomendaciones realizadas en la evaluación por dependencias del año anterior.

RECOMENDACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Pese a que la evaluación de la vigencia 2022 arroja resultados muy positivos, la Oficina de Control Interno no evidencia en dicho informe información que se relacione con el plan de mejoramiento asociado a las recomendaciones dadas en este mismo informe para la vigencia 2022 periodo evaluable 2021, lo anterior incumple con la normatividad vigente artículo 2. Ley 87 de 1993, Objetivos del sistema de Control Interno. (d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional. c. Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.

Por lo anterior y en cumplimiento de la misma norma Ley 87 de 1993 artículo 12. "Funciones de los auditores internos. Serán funciones del asesor, coordinador, auditor interno o similar las siguientes: k. Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas"; y el decreto 403 de 2020 artículo 151. "Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma”.

El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.

El jefe de la Oficina de Control Interno reitera al líder de esta evaluación implementar el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en el informe “Evaluación por dependencias vigencia 2022 periodo evaluable 2021”, al igual que establecer el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en la presente evaluación “Evaluación por dependencias vigencia 2023”.

Dado lo anterior se solicita comedidamente al líder del proceso acercarse a la Oficina de Control Interno para acompañarlo en la construcción de dicho plan de mejoramiento y una vez elaborado el mismo se deberá cumplimiento al mismo a través de los seguimientos programados por la Oficina de Control Interno durante cada vigencia.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

10. PLANEACIÓN

Entidad: ESE Hospital La María	Área por evaluar: Planeacion
Dimensión del MIPG: Direccionamiento estratégico	
Línea Plan de Desarrollo: Línea 1: Dirección estratégica para una gestión con responsabilidad	
Componente: 3 Seguimiento estratégico para la toma de decisiones.	
Objetivos Plan de Desarrollo: lograr el cumplimiento de las metas trazadas en el Plan de Desarrollo Institucional.	
La E.S.E. Hospital La María tiene contemplado en su Plan de Desarrollo 2020-2023, ocho líneas estratégicas, con componentes, programas, indicadores de resultado, producto y proyectos, que se vienen ejecutando y que se espera se cumplan al finalizar la gestión de esta administración. Para la medición y seguimiento de los 138 indicadores que contiene el Plan de Desarrollo se diseñó la herramienta llamada gesisAPP, ésta permite hacer el seguimiento a los indicadores y metas programadas que se deben cumplir por ley como la resolución 256 de 2016 entre otras. La herramienta gesisAPP, esta parametrizada según las disposiciones del Sistema de Información para la Calidad el cual establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, de la resolución 4505 de 2012 y demás metas e indicadores que se deben cumplir por norma. El plan de desarrollo institucional 2020- 2023, que es la carta de navegación de la institución se tiene establecida la misión, la visión y los objetivos corporativos: Misión Somos una Empresa Social de Estado del orden departamental, comprometida con la responsabilidad social, que presta servicios de salud de alta y mediana complejidad; mediante una atención segura, humanizada y con calidad, a través de una gestión transparente y adecuada de los recursos; enfocándose en el mejoramiento continuo, la satisfacción del usuario, la familia y la comunidad; avanzando en la docencia, la investigación y el desarrollo científico de los funcionarios y colaboradores. Visión La ESE Hospital La María para el año 2030, será un hospital universitario reconocido nacional e internacionalmente en la prestación integral de los servicios de salud, destacándose su experiencia y conocimiento en el tratamiento de las enfermedades infecciosas y crónicas, con un recurso humano de alto desempeño y una infraestructura moderna y segura. Objetivos Corporativos Los objetivos corporativos plasmados en el Plan de desarrollo de la ESE Hospital	

La María para el período 2020-2023, son los que a continuación se describen:

- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la E.S.E de acuerdo a su desarrollo y recursos disponga.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y su funcionamiento.
- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad.
- Fomentar la investigación científica, entendida como el trabajo creativo llevado a cabo a través de proyectos de forma sistemática para incrementar el volumen de los conocimientos humanos, culturales y sociales y el uso de esos conocimientos para derivar nuevas aplicaciones.
- Propender por el desarrollo continuo del talento humano.

Desde el direccionamiento estratégico a través del área de Planeación se desarrollan los siguientes compromisos:

Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Actividades de socialización del Plan de Desarrollo	4	5	En el plan de desarrollo institucional - PDI, se tiene como meta 4 socializaciones para los diferentes grupos de interés del hospital, obteniendo como resultado 5 socializaciones para un cumplimiento del 125% de la meta propuesta; estas socializaciones se hicieron en las áreas de Glosas, financiera, Asociación de Usuarios, y en dos oportunidades, en la reinducción programada por el área de talento humano donde hay presencia de diferentes áreas de la institución como enfermería.
Seguimiento a las metas de Plan de Desarrollo	100	100	Los seguimientos de las metas del PDI, están planeados para su seguimiento de manera trimestral; estos seguimientos se hacen a partir de la plataforma GesisAPP, donde cada uno de los líderes responsables tiene acceso y son responsables de la medición de cada

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

			uno de sus indicadores; para el año 2022 se tenía como meta realizar el 100% de los seguimientos de las metas trazas en el Plan de desarrollo institucional, para lo cual se obtuvo un resultado del 100% de los seguimientos propuestos para el año.
Evaluación del plan de gestión del Gerente.	1	1	En cumplimiento de los artículos 72,73 y 74 de la ley 1438 de 2011 los gerentes de directores de las empresas sociales del estado presentan para aprobación y evaluación ante la junta directiva el plan de gestión. Dicha evaluación comprende los resultados en las áreas de direccionamiento y gerencia, área financiera y administrativa y áreas clínicas y asistenciales, derivadas de las metas propuestas para el periodo y cumplidas a través de los planes de acción u operativas, referentes del Plan de Desarrollo Institucional y fundamentadas en el Plan de Gestión En la junta directiva extraordinaria número 2 desarrollada el 22 de abril de 2022, se realizó la Evaluación del Cumplimiento al Plan de Gestión del Gerente de la ESE Hospital La María, vigencia 2021; en el resultado de la evaluación de las tres áreas se obtuvo una calificación final satisfactoria de 4.49, lo que da como un cumplimiento del 100% en la presentación de la evaluación del plan de gestión del gerente ante la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social y Junta Directiva de la ESE. Esta evaluación se realizó en articulación con la Gerencia, Subgerencia de Gestión y de Apoyo, Subgerencia Científica, área de Calidad, área de Planeación y Estadísticas.
Formulación del POAI 2022	1	1	Dando cumplimiento a la Ley 152 de 1994 y a la resolución 1536 de 2015 y para la ejecución de las metas planteadas desde el PDI, se formuló con

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

			todos los líderes el POAI 2022, donde se plantearon actividades y se cuantificaron por trimestres; actividades que se proponen para el cumplimiento de los indicadores y sus metas propuestos en el PDI. Este POAI fue aprobado en la primera junta directiva dando cumplimiento a lo estipulado en el decreto 1876 de 1994 artículo 11.
Seguimiento del POAI 2022	4	4	Se realizaron 4 seguimientos del POAI mediante un formato establecido por el área de planeación y codificado por el área de calidad donde se permite ver reflejadas las actividades planeadas y las realizadas. Se obtuvo como resultado en el último trimestre un 96% de cumplimiento en la ejecución de las actividades, para el periodo se programaron 9255 actividades para ejecutar durante el año y se ejecutaron 8868 del POAI 2022.
Actualización de la política de administración del riesgo y su anexo del mapa de riesgo	1	1	Se realizó la actualización de la Política de Administración del Riesgo, acorde a la actualización de la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública, igualmente la actualización del Mapa de Riesgos. Esta política fue aprobada por el Comité de Control Interno sin objeción alguna. Igualmente fue aprobada por la Junta Directiva del Hospital.
Realización y seguimiento del mapa de riesgo	2	2	El Mapa de Riesgos fue construido con los líderes procesos y su grupo de trabajo. Para el alcance del Mapa de Riesgos se programaron dos seguimientos definidos el 30 de septiembre y otro el 31 de diciembre.
Implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial: "Código De Conducta Y De	Implementación del Programa de Transpar	Implementación del Programa de Transparencia y	La SUPERSALUD por medio de las Circulares Externas 009 de 2016, 007 de 2017, 003 de 2018, 004 de 2018, 20211700000005-5 de 2021 y 2022151000000053-5 de 2022, obliga a los entes vigilados establecer

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Buen Gobierno Organizacional, El Sistema Integrado De Gestión De Riesgos Y Sus Subsistemas De Administración De Riesgos”.	encia y Ética Empresarial	Ética Empresarial	lineamientos para la adopción de un “Programa De Transparencia Y Ética Empresarial – PTEE”, por lo que la Oficina de Planeación creo el Manual de Código de Buen Gobierno y de Integridad, Manual de SICOF, Manual de Conflicto de Intereses, se actualizó el Manual del SARLAFT, incluyendo la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y la Política de Administración del Riesgo. Esta documentación fue presentada y aprobada por la Junta Directiva, como lo establece la SUPERSALUD. Igualmente, frente a este tema se dio a conocer en el Comité de Gerencia y a la plataforma de capacitación de la ESE “Chamilo”. Es importante resaltar que la realización de estos manuales sirvió como referencia de aplicación para los demás hospitales del Conglomerado de la Gobernación de Antioquia. La Oficina de Planeación viene contribuyendo de manera activa en el cumplimiento de la normatividad establecida por la SUPERSALUD.
Formulación de proyectos	3	3	Durante el periodo 2022 se formularon en la metodología MGA web los siguientes proyectos: • Fortalecimiento de las tecnologías de información para la prestación de los servicios de salud en la ESE Hospital La María Medellín, proyecto viabilizado y con asignación de recursos al hospital. • Adecuación de las redes eléctricas de alta tensión de la ESE Hospital La María del Municipio de Medellín; proyecto que esta presentado en la secretaria Seccional de salud a la espera de su viabilización y asignación de recursos. • Mantenimiento de las áreas de cirugía y ayudas diagnosticas de la E.S.E Hospital La María del Municipio de

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS			Código: FT-DIE-017
				Versión: 001
				Fecha: enero 2023
			Medellín; proyecto que esta presentado en la secretaria Seccional de salud a la espera de su viabilización y asignación de recursos.	

EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA	
En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de la oficina de Planeación se evidencia en el plan de desarrollo del Hospital, en los archivos digitalizados de la oficina de planeación y en la plataforma GESIS se deduce su cumplimiento, ubicándose en un rango de cumplimiento positivo que llega al 100%, de cumplimiento de sus compromisos, los indicadores del proceso de Gestión de Planeación o el área de Planeación nos permitieron medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión de dicho proceso dentro del Hospital, y de acuerdo a su periodicidad, y el cumplimiento de su misión institucional, la oficina de control interno establece una valoración final bajo los estándares de integridad, independencia, objetividad, e imparcialidad; en consecuencia, una vez verificado la plataforma del GESIS, el proceso de Gestión de Planeación para la vigencia 2022 obtuvo un porcentaje de cumplimiento óptimo, quedando pendiente enviara las evidencias a la oficina de control interno.	

11. SUBGERENCIA

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Subgerencia	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 2: Gestión financiera y administrativa para el desarrollo sostenible.			
Componente 2: Administración con calidad, transparencia y eficiencia para todos.			
Objetivos Plan de Desarrollo: Fortalecer la gestión administrativa desde los niveles directivo técnico y operativo, en los procesos de defensa jurídica, contratación, apoyo a la gestión, compras y suministros, activos fijos, con eficiencia, eficacia y transparencia, garantizando resultados óptimos y como unidad funcional transversal hacia el resto de áreas de la organización.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Ejecución total del Plan de Adquisiciones	80	100	La meta para este indicador es >80% la ejecución del plan de adquisiciones para el 2022 y se obtuvo como resultado el 100% de la ejecución de este, en este plan se cuenta identificados la contratación del recurso humano de prestación de servicios las agremiaciones, especialistas, contratación de apoyo a la gestión, la contratación del plan de mantenimiento de la infraestructura física y de equipos biomédicos e industriales, el servicio de alimentación, vigilancia. compra de dispositivos médicos, material médico quirúrgico, el material de osteosíntesis, insumos médicos, medicamentos, gases medicinales para el hospital, compras de los insumos y materiales de almacén, combustibles entre otros.
Plan de mantenimiento aprobado	100	100	En el plan Desarrollo se tiene como meta formular el plan de mantenimiento de la ESE Hospital La

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS		Código: FT-DIE-017
			Versión: 001
			Fecha: enero 2023

			María para cada vigencia fiscal, el cual realizó para el año 2022., dando cumplimiento al meta trazada, fue socializado en el comité de gerencia, cargado en la web de la institución, dando cumplimiento a lo establecido en el decreto 612 de 2018, fue enviado a la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a la dirección de calidad y red.
Total, reportes realizados a tiempo de la Resolución 2193 de 2004	100	100	Se tiene como meta realizar el 100% de los informes del 2193, se cumplió con la meta establecida en el 2022, (100%) este reporte se realiza cada tres meses y un informe anual; se realizaron los reportes en los tiempos establecidos por el decreto 2193. según lo reportado en la matriz de seguimiento de reportes de la E.S.E Hospital La María.
Total, reportes realizados a tiempo de la Supersalud	100	100	En el Plan desarrollo se tiene como meta para el año 2022 el reporte del 100% de los informes a la Supersalud, obteniéndose un cumplimiento del 100% de estos, a través de la matriz de seguimiento de la E.S.E Hospital La María y las evidencias enviadas desde el área de estadísticas, se revisa si se han cumplido con los reportes y en los tiempos establecidos para hacer la redición de dichos informes.

EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

La Subgerencia dio cumplimiento a las metas e indicadores plasmados en el Plan de Acción; obteniendo un porcentaje de cumplimiento en forma óptima, muestra un fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión articulado con los demás sistemas. Sin embargo, entendiendo la definición del Modelo -MIPG- como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio; se hace necesario que las demás áreas realicen una revisión de la pertinencia y calidad de

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

los indicadores formulados para cada proceso. Lo anterior, para efectos de contar con indicadores que sí midan los aspectos esenciales de los procesos y del quehacer del Hospital y que sirvan efectivamente para la toma de decisiones y mejoramiento continuo de la gestión organizacional, tendiente al desarrollo de una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación; a pesar de que la evaluación es positiva no se aportaron las evidencias requeridas por la oficina de control interno aunque se resalta que al revisar la plataforma del GESIS los indicadores del proceso del área de la Subgerencia nos permite medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión de dicho proceso dentro del Hospital, y de acuerdo a su periodicidad, y el cumplimiento de su misión institucional, la oficina de control interno establece una valoración final bajo los estándares de integridad, independencia, objetividad, e imparcialidad; en consecuencia, una vez verificada la plataforma, el proceso del área de la Subgerencia para la vigencia 2022 obtuvo un porcentaje de cumplimiento de los indicadores en forma óptima, sin embargo no se aportaron la evidencias requeridas en el análisis de resultado.

También se evidencia que aportó el acuerdo de gestión en el cual se establece en forma escrita los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos del Hospital; como herramienta de seguimiento y evaluación de la gestión de los gerentes públicos por medio de los planes estratégicos, las funciones y objetivos institucionales con el fin de garantizar el mejoramiento continuo de la gestión de la Entidad y el logro de los objetivos institucionales, cumpliendo así con el **artículo 50 de la Ley 909 de 2004**; y los **Decreto 1227 de 2005** y **Decreto 1083 de 2015**.

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

12. TESORERÍA

Entidad: E.SE HOSPITAL LA MARÍA		Área por evaluar: Tesorería	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 2: Gestión financiera y administrativa para el desarrollo sostenible			
Componente 1 : Equilibrio y sostenibilidad con rentabilidad social y financiera			
Objetivos Plan de Desarrollo: Garantizar la financiera y rentabilidad social de la E.S.E, mediante la optimización de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, y la evaluación permanente del riesgo fiscal y financiero, que faciliten el buen funcionamiento de los procesos organizacionales.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Identificar en cada una de las cuentas bancarias los ingresos del día inmediatamente anterior.	100	100	En este proceso nos permite verificar de forma oportuna los recursos o recaudo de dinero que nos giran día a día las entidades a las cuales le brindamos la prestación de servicios de salud, también los pagos de los programas especiales que tiene la E.S.E Hospital la maría con la gobernación, el inpec, las RIAS los pagos por eventos y las diferentes instituciones.
--	-----	-----	---

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Entregar a Gerencia el informe consolidado de tesorería. De Saldos de cada una de las cuentas bancarias	100	100	Nos permite llevar un orden en nuestros cobros y pagos, permite mayor trazabilidad a los recursos de cada programa esto nos brinda una excelente viabilidad al momento de ejecutar los recursos de cada cuenta y esto facilita un buen plan de ejecución en el área de tesorería
---	-----	-----	--

SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS

Código: FT-DIE-017

Versión: 001

Fecha: enero 2023

Identificar las obligaciones de pago, las cuales se priorizan por fecha de vencimiento de factura y/o fechas estipuladas por reglamentación como es el caso de impuestos, seguridad social y nómina.	100	100	Nos permite tener una adecuada planificación al momento de realizar pagos liquidar y pagar cuentas de cobros, nóminas y planillas de personal, efectuando los respectivos descuentos y así manejar una cartera sana que no esté en mora, dar cumplimiento legal en los tiempos requeridos y estipulados para que no se generen cobros prejudicados ni intereses por mora ni sanciones disciplinarias al momento de pagar. tener un flujo de caja dinámico para cumplir con las obligaciones que acarrear la institución como son los gastos de funcionamiento, la seguridad social, arl, las nóminas de personal y jubilados, los prestadores de servicios, proveedores, servicios públicos, pólizas cuotas partes, rendimientos financieros y así generar un buen manejo en los ingresos y gastos financieros
--	-----	-----	--

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

En lo relacionado al grado de cumplimiento del área de Tesorería del Hospital, se evidencia en el plan de desarrollo del Hospital, y en la plataforma GESIS, que se da cumplimiento al plan institucional, ubicándose en un rango de cumplimiento óptimo, que llega al 100%, de cumplimiento de sus compromisos. Los indicadores del proceso Tesorería nos permitieron medir, analizar, evaluar y hacer seguimiento a la gestión de dicho proceso dentro del Hospital, y de acuerdo a su periodicidad, y el cumplimiento de su misión institucional, la oficina de control interno establece una valoración final bajo los estándares de integridad, independencia, objetividad, e imparcialidad; en consecuencia, una vez verificado la plataforma del GESIS, el proceso de Gestión de Tesorería para la vigencia 2022 obtuvo un porcentaje de cumplimiento óptimo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A manera general, las dependencias de la ESE Hospital La María dieron cumplimiento a las metas e indicadores plasmados en el Plan de Desarrollo (POA), obteniendo un porcentaje de cumplimiento en forma general aceptable, mostrando un fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, articulado con los demás sistemas.

No obstante lo anterior, entendiendo la definición del MIPG como marco de referencia para planear, dirigir, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio; se hace necesario que las demás áreas o dependencias realicen una revisión de la pertinencia y calidad de los indicadores formulados para cada proceso. Lo anterior para efectos de contar con indicadores que midan los aspectos esenciales de los procesos y del quehacer de la ESE Hospital La María, y que estos sirvan en forma efectiva para la toma de decisiones y mejoramiento continuo de la gestión organizacional, tendiente al desarrollo de una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación.

Teniendo en cuenta que el análisis de la información se hace sobre el consolidado del año 2022, que tiene como fuentes todas las dependencias de la entidad, es conveniente que los líderes de procesos entreguen los informes con suficiente antelación a la Oficina de Control Interno, dado que los retrasos impactan de manera negativa la revisión y el análisis objetivo de los resultados del Plan.

A continuación, nos permitimos mencionar algunas recomendaciones por cada dependencia:

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

Comunicaciones

- Se recomienda seguir con el proceso de crear estrategias de comunicación que ayuden a lograr el cubrimiento del evento de rendición de cuentas de una manera dinámica, eficiente y eficaz para que la comunidad conozca al detalle lo que la entidad quiere hacer llegar o difundir.
- Se recomienda seguir actualizando la página web con respecto al modelo de atención para que la información pueda llegar de forma fluida y sencilla a toda la población del régimen subsidiado del municipio de Medellín y la zona rural.
- Se recomienda actualizar la plataforma del GESIS para contar con la información requerida en la valoración de resultados destinados o requeridos para la evaluación por dependencias.

Enfermería

- Se recomienda seguir trabajando articuladamente con los procesos transversales para lograr la mejora continua y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Financiera

- Ante el incumplimiento del indicador de rotación de cartera planteado para 70 días y logrado en 173 días, se recomienda redoblar los esfuerzos de las acciones de gestión de cobro.
- Fortalecer la Auditoría de Cuentas Médicas en aras de minimizar que se presenten factores sujetos a glosas (no pertinencia médica, errores en la facturación, no anexo de soportes de ayudas diagnosticas a las cuentas médicas)

Gestión Ambiental

- Se recomienda Hacer seguimiento al desarrollo de actividades contenidas en el PGIRASA en todas las sedes de La E.S.E Hospital la María.
- Priorizar acciones de mejora derivadas de las auditorías realizadas con base en el Plan de Gestión Integral de los Residuos generados en la atención en salud y otras actividades (PGIRASA).
- Hacer seguimiento a resultados de los indicadores de gestión para identificar y evaluar los resultados obtenidos en el manejo de los residuos hospitalarios.
- Se recomienda implementar acciones correctivas y seguimiento a los hallazgos a que diera lugar, posterior a análisis de indicadores.

Planeación

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

- Desarrollar estrategias de generación, uso y promoción del flujo eficiente de información en coordinación con el subgerente y la Oficina de Sistemas de la Información
- Ampliar las acciones necesarias para mejorar la calidad de los servicios y el cumplimiento de las funciones, de organización y desarrollo administrativo, de simplificación, agilización y modernización de trámites y demás asuntos relacionados con la gestión y métodos de trabajo en el Hospital.

Tesorería

- Se recomienda revisar los acuerdos de gestión entre el Gerente de la ESE Hospital la María y los funcionarios de libre nombramiento y remoción según lo establecido en el artículo 50 de la Ley 209 de 2004 reglamentado por el **Decreto 1227 de 2005** “*Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto-Ley 1567 de 1998*”

El jefe de la Oficina de Control Interno reitera a los eíderes que realizaron esta evaluación, implementar el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en la presente evaluación “Evaluación por dependencias vigencia 2023 periodo evaluable vigencia 2022”.

Dado lo anterior se solicita comedidamente al líder del proceso acercarse a la Oficina de Control Interno para acompañarlo en la construcción de dicho plan de mejoramiento y una vez elaborado el mismo se deberá dar cumplimiento al mismo a través de los seguimientos programados por la Oficina de Control Interno durante cada vigencia.

Las siguientes dependencias no aportaron información para el informe de Evaluación por Dependencias:

- Jurídica – Contratación	- Glosas y Devoluciones
- Activos Fijos	- Contabilidad
- Sistemas	- Cartera
- Farmacia	

Pese a que la evaluación de la vigencia 2022 arroja resultados muy positivos, la Oficina de Control Interno no evidencia la entrega de la evaluación por parte de los líderes de las dependencias arriba relacionadas, lo anterior incumple el decreto 403 de 2020 artículo 151. “Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el

	SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	Código: FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma”.

El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.

El jefe de la Oficina de Control Interno recomienda de forma respetuosa al señor gerente del hospital ESE la Maria, para hacer llegar este requerimiento de información a las dependencias involucradas y que no atendieron el llamado de la Oficina de Control Interno según comunicación de fecha 10 de enero de 2023 al igual que el llamado de forma personalizada a cada líder para recordar su cumplimiento y que cada uno firmó en señal de recibido de fecha enero 25 de 2023.

Nota aclaratoria. Se resalta que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de Control Interno, pueden ocurrir errores o irregularidades que no hayan sido detectadas bajo la ejecución de nuestros procedimientos de auditoría, evaluación o seguimiento, previamente planeados. Los líderes del proceso son responsables de establecer y mantener un adecuado sistema de control interno y de prevenir posibles irregularidades. Asimismo, es responsabilidad del área la información suministrada por cualquier medio, para la realización de esta actividad de manera oportuna, íntegra, completa y actualizada, y la de informar en su momento las posibles situaciones relevantes y/o errores que pudieran haber afectado el resultado final de la actividad.

Atentamente,


JUAN CARLOS BARREIRO
Jefe de control interno

Con copia. Doctora Maria Manuela Vasco Cadavid, Comunicadora.

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Richard Uribe Camargo – Asesor Jurídico de apoyo a Control Interno		30/01/2023
REVISÓ	Sara Bustamante Osorio – Asesora de apoyo de Control Interno		30/01/2023
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro – Jefe de Control Interno		30/01/2023

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.