EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LA MARÍA
MEDELLÍN

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Medellín, 30 de enero de 2024

E.S.E. HOSPITAL LA MARíA
RADICADO No. **I2024-00082**
CORRESPONDENCIA INTERNA
FECHA: 2024-01-30 15:47:30
RADICÓ: ISABEL MARIA GOMEZ PLAZA

Doctor
HECTOR JAIME GARRO YEPES
Gerente
ESE Hospital La María
La Ciudad

Asunto: Informe Evaluación por Dependencias período evaluable 2023

Estimado doctor Héctor Jaime,

Dando cumplimiento a lo establecido en el 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 esté asociado a todas las actividades de la organización aplicándose los mecanismos requeridos para la evaluación de las dependencias de la Institución, para su conocimiento y fines pertinentes, adjunto se remite el Informe de "Evaluación por Dependencias que corresponde a la vigencia 2023".

Esperamos que este informe le permita tomar las decisiones que Usted considere pertinentes para el mejoramiento continuo de la Entidad en todos los aspectos y en especial para beneficio de la comunidad en general.

Copia del presente informe, será entregado a la Oficina de Comunicaciones de la Entidad, con el fin de que sea publicado en la página web de la institución.

Agradezco su amable atención.

Atentamente,

JUAN CARLOS BARREIRO
Jefe de Control Interno
Anexo lo enunciado.

Con copia. **Doctora María Manuela Vasco Cadavid,** Oficina de Comunicaciones

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Gabriel Rincón Ospina – Asesor de apoyo a de Control Interno (contratista)		30-01-2024
REVISÓ	Juan Carlos Barreiro – Jefe de Control Interno		30-01-2024
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro – Jefe de Control Interno		30-01-2024
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.			

ESE HOSPITAL LA MARIA DE MEDELLIN

INFORME
EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
VIGENCIA 2023

ASESOR DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:
JUAN CARLOS BARREIRO

Período evaluado:
Enero-diciembre de 2023

Fecha de elaboración:
Enero de 2024

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. Titulo 8o, Capitulo 1o Evaluación del Desempeño Laboral.

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.

a. 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 2023 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.

Las actividades de auditoría realizadas se enmarcan en 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 a:

1. Calidad
2. Comunicaciones
3. Farmacia
4. Financiera
5. Personal y Nómina
6. Planeación
7. Asistencial
8. Gestión de Equipos Biomédicos

Se hace necesario precisar que, el alcance de la evaluación realizada por la Oficina de Control interno de la Entidad se vio limitado debido a que las áreas requeridas para entregar la información no aportaron las evidencias que respaldan el grado de cumplimiento de los compromisos, por lo que no fue posible cotejar los resultados presentados.

De otra parte, los resultados se ven afectados ya que las siguientes áreas no suministraron la información

1. Tesorería
2. Jurídica
3. Cartera
4. Facturación
5. , Activos Fijos
6. Sistemas de Información
7. Gestión Documental

Pese a que la evaluación de la vigencia 2023 arroja resultados muy positivos, la Oficina de Control Interno no evidencia la entrega de la evaluación por parte de los lideres 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 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 esta".

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

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	80	115%	Para dar cumplimiento al compromiso y la meta institucional en pro de la mejora continua se ha procurado por el cumplimiento de los requisitos normativos en la información documentada de los procesos, esto ha permitido el verificar el flujo de las tareas y actividades que se requieren para la ejecución de la tareas o actividades bajo el cumplimiento de los estándares. La meta establecida para la anualidad es del 80%, teniendo en cuenta el histórico del indicador se cuenta con un resultado del 115% para el periodo.
Procesos Socializados	70	115%	Este es un indicador fundamental en la mejora continua institucional, la socialización es un proceso fundamental para el desarrollo de las tareas y actividades institucionales donde se ha logrado que los personas adquieran el conocimiento de las guías, protocolos, políticas, normas, que contienen los procesos. Mediante la socialización se ha permitido aprender de los demás y obtener unos conocimientos y entrenamientos propios de los procesos. La meta establecida para la anualidad es del 70%, teniendo en cuenta el histórico del indicador se cuenta con un resultado del 115%
Procesos Implementados	70	115%	Este resultado es positivo para la institución debido a que le ha permitido la institución que cada uno de los procesos y servicios desarrolle sus actividades de forma precisa, con responsabilidades claras y delimitadas, y en los tiempos establecidos, generando eficiencia y valor al cliente o usuario del

			proceso. El que la ESE pueda manejar una gestión por procesos le ha permitido que se tenga un mejor control sobre los procesos, las funciones y actividades desempeñadas por cada área, además de las interrelaciones entre estos, lo cual representa una ventaja competitiva para la institución. La implementación de procesos ha facilitado la identificación del objetivo del proceso en el que participa cada uno, y con esto darle mayor sentido a su quehacer dentro del flujograma de actividades y la mejora continua de manera integral La meta establecida para la anualidad es del 70%, teniendo en cuenta el histórico del indicador se cuenta con un resultado del 115%
Acciones de mejora ejecutadas derivada de las auditorías realizadas	85	100%	Este resultado es positivo para la institución Durante el periodo se cumple con el cierre de **las 95 oportunidades de mejora**.
Formulación de la política de administración del riesgo	100	100%	Se cuenta con la política de administración del riesgo documentada y adoptada bajo Resolución.

Entidad: ESE Hospital La María	**Área por evaluar:** Calidad	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico		
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 mediante el diagnostico en 8 áreas de interés en la herramienta "DiagnosticaRSE II". Las áreas a evaluadas fueron: Medio Ambiente, Comunidad y Sociedad, Clientes y Consumidores, Gobierno Corporativo, Estado, Empleados, Proveedores y Competencia
Aumentar el resultado de la autoevaluación en los estándares de acreditación	15	100%	Este indicador es acumulativo, se arrastra el resultado logrado a diciembre de 2022, indicador que su resultado es anualizado. Durante el mes se consolido la autoevaluación para el periodo 2023 con un resultado de 2.72 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 2.72 en el año 2023 y de 2.21 en el año 2022. 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	85	100% (*)	Dentro del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad periodo 2023 se priorizaron 97 oportunidades de mejora, de las cuales fueron ejecutadas 95 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 en la plataforma del GESIS para visualizar los indicadores.

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:

Promedio de la calificación de la Autoevaluación del Programa de Auditoria parael Mejoramiento de la Calidad: En la plataforma del GESIS actualizada con fecha diciembre 31 de 2023, se lee: "*Durante el mes se consolido la autoevaluación para el periodo 2023 con un resultado de 2.72 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*". Adicionalmente la plataforma presenta un resultado para este indicador de 1.23 y una meta planteada de 1.47, con lo cual NO SE CUMPLE LA META propuesta para el 2023

Con respecto al **avance del proceso de acreditación** en salud del hospital, no se evidencian avances acordes a lo contemplado en el Sistema único de acreditación como componente del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud contenido en el Decreto 1011 de 2006, mediante la realización de actividades enmarcadas en un cronograma que permitan alcanzar la meta propuesta en la Visión de la ESE para el 2030, la cual reza "*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.*"

Acciones de mejora ejecutada derivada de las auditorías realizadas: En la plataforma del GESIS actualizada con fecha diciembre 31 de 2023, se lee: "*Dentro del desarrollo del ciclo PAMEC 2023, se ejecutaron 95 de las 97 oportunidades de mejora para un total del 97.94% de ejecución.*" Adicionalmente la plataforma presenta un resultado para este indicador de 97.94 y una meta planteada de 100, con lo cual NO SE CUMPLE LA META propuesta para el 2023

(*) Ejecutar las oportunidades de mejora en cada ciclo: De acuerdo con la información que reposa en la plataforma del GESIS actualizada con fecha diciembre 31 de 2023, el resultado del indicador es 97.94 y no 100 como se presenta en la tabla de seguimiento.

|RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROLINTERNO:

Pese a que la evaluación de la vigencia 2023 arroja resultados positivos, la Oficina de Control Interno no evidencia en dicho informe, acciones que se relacionen 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.
Se deben definir y emprender las acciones necesarias para lograr el avance **del proceso de acreditación** en salud del hospital, que permitan alcanzar la meta propuesta en la Visión de la ESE para el 2030
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".

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.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
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. 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.
Implementación de medios de comunicación que permitan la inclusión de la población vulnerable.	Meta 2022 Total: 3	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 2023. Anualmente el área de comunicaciones realiza un plan de marketing en el que se establece la programación de diferentes eventos o fechas institucionales que se realizan dentro de la E.S.E Hospital La

			María.
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%	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.
Plan de marketing digital elaborado y aprobado.	Meta 2022 Total: 1	100%	
Análisis de canales de distribución para los segmentos de clientes específicos.	Meta 2022 Total: 1	100%	

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

Realizar campanas Edu-Comunicativas con un enfoque diferencial. logrando incrementar la percepción y la inclusión social de nuestra institución: A diciembre 31 de 2023, se han realizado cuatro campañas Edu-Comunicativas con un enfoque diferencial, logrando incrementar la percepción y la inclusión social de nuestra institución, alcanzando un 100% de cumplimiento.

Implementación de medios de comunicación que permitan la inclusión de la población vulnerable: Cada mes a través de los medios de comunicación institucionales se realizaron publicaciones alusivas a la inclusión social, establecidas dentro del calendario de fechas de salud 2023.

Desarrollo de un canal de comunicación interna que permita la interacción inmediata de los colaboradores de la E.S.E.: La E.S.E Hospital La María, actualmente cuenta con la Intranet como medio de comunicación interno, esta fue socializada con sus colaboradores, y nutrida con el contenido institucional correspondiente.

El área no presenta evaluación y evidencias, a diciembre 31 de 2023, de los siguientes indicadores:

- índice de variación de la percepción positiva de la imagen y marca de la ESE Hospital La María
- percepción del acceso a los servicios de salud que oferta la ESE
- Implementar estrategias de acompañamiento para la formación en la comunicación a personas con discapacidad

|RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Pese a que la evaluación de la vigencia 2023 arroja resultados 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
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".

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Servicio Farmacéutico	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 2: Gestión financiera y administrativa para el desarrollo sostenible			
Componente: Componente 1: 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	Análisis de los Resultados.
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos	84	84.13	Se anexa justificación de resultado de acuerdo con análisis comparativo entre el año 2022-2023 Se envía información al área de Revisoría Fiscal para su respectiva revisión y solicitud de certificado de cumplimiento al indicador 6 de la Resolución 408 de 2018

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	**SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS**	**Código:** FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOSCOMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

- Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos: Según el Plan de Gestión a evaluar del año 2023, se enviaron soportes e indicador de acuerdo al área de Gestión Financiera y Administrativa indicador número 6 el cual presenta un cumplimiento del 100%

- Mantener las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de plataformas: Frente a este indicador, el área no se pronunció en la evaluación.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROLINTERNO:

Se debe efectuar la evaluación de todos los indicadores que reflejan los compromisos adquiridos por el área frente al Plan de Desarrollo Institucional.

Entidad: E.S.E Hospital la María	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	Análisis de los Resultados
Rotación de cartera en número posterior al reconocimiento de la deuda.	70 días	194 días	El indicador incumple con la meta debido a la falta de respuesta positiva de las EAPB ante las gestiones de cobro del nivel directivo de la institución. Así mismo, la falta de liquidez en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), la prolongación de los plazos en los procesos de cobros jurídicos, y los retrasos en los pagos de facturas durante la ejecución del proceso de conciliación de glosas y devoluciones, han ejercido una influencia desfavorable sobre este indicador.
Gestión de glosas definitivas.	100%	100%	Se logra alcanzar la meta del indicador gracias a la eficiente planificación y ejecución de las citas de conciliación de glosas. Además, se lleva a cabo un seguimiento constante de los cruces de cartera con el propósito de identificar de manera oportuna aquellas glosas susceptibles de conciliación.

Recaudo por venta de servicios.	85%	75%	Debido al alto flujo de compromisos obtenidos para el sostenimiento y operación de la E.S.E. y al bajo recaudo a pesar de las gestiones de cobro realizadas por el nivel directivo, no se logra cumplir con la meta del indicador.
Variación de la facturación	20%	13%	No se logra alcanzar la meta establecida para el indicador, y esta situación se atribuye a diversos factores. Entre ellos, se destaca la baja ocupación registrada en los servicios de UCI durante la vigencia. Asimismo, se observa un porcentaje significativamente bajo en el incremento de las tarifas de SAVIA SALUD EPS, entidad que participa como principal pagador de la institución. Además, la contingencia presentada en los sistemas de información a mediados de la vigencia ha ejercido un impacto adverso en el indicador, debido a que, a pesar de los esfuerzos realizados para generar las facturas vinculadas a dicha contingencia, no se ha logrado completar el proceso de facturación en su totalidad, principalmente debido a las dificultades inherentes a la reconstrucción de dichos documentos.

Modelo de costos empresaria TDABC.	1	1	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.	80%	78%	De acuerdo a lo establecido en el indicador, no se cumple con la meta; no obstante, es importante resaltar que se está cumpliendo con la Ley 1438/2011. El cumplimiento de este indicador, se ve impactado de manera negativa por factores externos, como la fata de practicidad y la deficiente velocidad de las plataformas de las EAPB, especialmente con el pagador SAVIA SALUD EPS, con quien se maneja el mayor numero de glosas.
Ejecución presupuestal.	85%	89%	Se cumple con la meta del indicador, debido a que se realizan las adiciones correspondientes para cumplir a cabalidad con los compromisos requeridos sin tener interrupción en el servicio.

EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOSCOMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de glosas definitivas: De acuerdo con lo evidenciado en la plataforma GESIS para este compromiso, se lee: "*la glosa no subsanable corresponde a aquellas objeciones que no es posible por el área de cuentas medicas solucionar a favor de la ESE, debido a varios factores, durante este se mes corresponde en mayor porcentaje a glosa por pertinencia (13%)*". Adicionalmente, en la misma plataforma se visualiza en las celdas de "RESULTADO " y "META" valores de 24.37 y de 5 respectivamente, generando una incoherencia en la información.
Recaudo por venta de servicios: con respecto a este compromiso, en la plataforma GESIS, se lee: "*En el mes de diciembre se logra la meta ya que el recaudo aumenta y los compromisos disminuyen*", al tiempo que refleja una meta del 85% lo cual no es coherente con lo evaluado en el instrumento por el área, en el cual se estipula "*Debido al alto flujo de compromisos obtenidos para el sostenimiento y operación de la E.S.E. y al bajo recaudo a pesar de las gestiones de cobro realizadas por el nivel directivo, no se logra cumplir con la meta del indicador.*" y una meta del 75%
Variación de la facturación:
Modelo de costos empresaria TDABC: De todos los centros de costo que se han establecido, actualmente todos están operativos y son objeto de un seguimiento mensual. Cabe destacar que hay algunos centros de costos que no se utilizan, pero esto se debe a una creación o configuración incorrecta de los mismos.
Respuesta oportuna de glosa inicial de servicios: en el instrumento de evaluación enviado por la dependencia, se indica que la meta es del 80% y el resultado de la gestión del 78%,

mientras que en la plataforma de seguimiento al Plan de Desarrollo del GESIS, los datos son: resultado del 82.29 y una meta del 76, con lo cual es evidente la incoherencia de las cifras.

De un total de 18 indicadores contemplados en el Plan de Desarrollo, el área no presenta evaluación y evidencias, a diciembre 31 de 2023, de los siguientes ONCE (11) indicadores, sin embargo, en la plataforma de GESIS se encuentran los siguientes comentarios con fecha de corte a diciembre 31 de 2023:

- **Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP):** En el mes de diciembre se logra la meta ya que el reconocimiento continuo alto y los compromisos disminuyen. NO CUMPLE
- **Equilibrio presupuestal con reconocimiento:** En el mes de diciembre se logra la meta ya que el reconocimiento continuo alto y los compromisos disminuyen. NO CUMPLE
- **Costear productos ofertados en la institución:** Durante la vigencia 2023, se encuentra en curso la implementación del proceso de costos hospitalarios. En esta fase, se está identificando el costo primario asociado a cada servicio, y posteriormente se llevará a cabo la segunda distribución de los costos. NO CUMPLE.
- **Proceso de auditoria concurrente:** Las actividades de auditoría se registran en formato y los casos requieren de seguimiento por varios días. Algunos pacientes, en especial por su estancia prolongada son reportados con diferentes situaciones o eventos.
- **Gestión de glosas definitivas:** Este mes se han realizo conciliaciones con EPS, se cumplió la programación al 100%.
- **Radicación oportuna de facturas:** Sin análisis.
- **Equilibrio presupuestal con recaudo**: En el mes de diciembre se logra la meta ya que el recaudo aumenta y los compromisos disminuyen. NO CUMPLE
- **Deuda menor a 30 por concepto de salarios a personal:** La revisoría fiscal expide a la E.S.E, donde certifica que el hospital no tiene deuda menor a 30 por concepto de salarios a personal
- **Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida**: Sin análisis.
- **Riesgo fiscal y financiero:** se tiene como meta para el año 2023, seguir con el hospital sin riesgo financiero, pero con la resolución 851 del 2023, del Ministerio de salud, La E.S.E Hospital la María apareció en riesgo alto, por lo tanto, no se cumple con la meta establecida
- **Aumento del margen EBITDA:** Sin Análisis

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se deben revisar los datos que se presentan en la evaluación con respecto a los consignados en el Plan de Desarrollo Institucional para evitar diferencias y por consiguiente inadecuadas interpretaciones y análisis.

En el proceso de análisis, deben realizarse para todos los indicadores consignados en el Plan de Desarrollo.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	**SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS**	**Código:** FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

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.			
Componentes: 2 y 3: desarrollo del talento humano y Retiro del talento Humano Respectivamente.			
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.
Formulación de la Política de Gestión del conocimiento.	100%	100%	Teniendo en cuenta que la política se encuentra institucionalizada mediante resolución del 30 de diciembre de 2022, se procede con la aplicación de una encuesta como herramienta para el autodiagnóstico a realizar en todas las áreas de la ESE Hospital La María con todo el personal que presta sus servicios. Además, se estructura un plan de trabajo aplicable a la institucionalidad.
Cumplimiento con el Plan de bienestar Social	90%	100%	Se dio total cumplimiento a la meta establecida y a las actividades programadas, 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 circunstancial de su motivación en el ejercicio de las funciones y en la cotidianidad. En medio de algunas dificultades que afrontamos como institución, encontramos que las actividades programadas ayudaron a compartir más y mejores momentos.
Cumplimiento con Plan anual de vacantes	90%	90%	La meta establecida para este ítem se estableció en el 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 2023.
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.
Aplicación del instrumento de medición del clima laboral	100%	100%	Se estableció la meta de 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. Además, cabe resaltar que debido a este mecanismo se logró la intervención de varios colaboradores mediante la estrategia de identificación según los resultados arrojados por la medición inicial a cargo de la empresa de consultoría Alex Hinestroza Cartagena.
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, lo que marco un momento especial en su vida laboral según lo manifestado por muchos de los colaboradores.
Cumplimiento con el Plan de SST	80%	100%	Se tiene como meta establecida un cumplimento 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.
Cumplimiento en las actividades de capacitación prejubilarles	90%	100%	Se tiene una meta establecida del 90% para dar cumplimiento a las actividades de capacitación a prejubilarles, estas se realizan en el marco de la ejecución del plan de Bienestar y se logra impactar a esta población que ha dado muchas alegrías a la ESE Hospital la María.
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 mediate 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 y la entrega de los resultados, con la finalidad de cumplir con los requerimientos institucionales.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	**SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS**	**Código:** FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

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

El área de Gestión del Talento Humano realizó la evaluación de **NUEVE (9)** compromisos con buenos resultados para la vigencia 2023-

Aplicación del instrumento de medición del clima laboral: Se realizaron 2 de las capacitaciones del clima laboral, fueron denominadas el 04 de diciembre "liderazgo horizontal" y el 12 de diciembre de 2023 "relaciones interpersonales".

Cumplimiento en las actividades de capacitación prejubilarles: El 01 de diciembre de 2023 se realizó capacitación para personal prejubilable con el tema "plan de vida después de la jubilación"

De otra parte, de un total de 21 indicadores contemplados en el Plan de Desarrollo, el área no presenta evaluación y evidencias, a diciembre 31 de 2023, de los siguientes DOCE (12) indicadores con fecha de corte a diciembre 31 de 2023:

- índice de rotación del personal administrativo y misional
- Satisfacción del empleado jubilado y su familia.
- Cumplimiento con el Plan de evaluación del desempeño.
- Cumplimiento al plan anual de capacitaciones.
- Cumplimiento del desarrollo del plan de bienestar laboral.
- Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo implementado en cada una de las áreas de la ESE.
- índice de satisfacción del cliente interno.
- Mejoramiento del porcentaje de satisfacción en el clima laboral.
- Aumento en el cumplimiento de la implementación del Plan de Salud y seguridad en el trabajo.
- Cobertura de Reinducción.
- Cobertura de inducción.
- Conocimiento logrado con la reinducción.
- Conocimiento logrado con la inducción.

|RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROLINTERNO:

En el proceso de análisis realizado por el área responsable, deben realizarse para todos los indicadores consignados en el Plan de Desarrollo, ya que esta ausencia de análisis puede conllevar a interpretaciones equivocadas de los datos informados.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	**SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS**	**Código:** FT-DIE-017
		Versión: 001
		Fecha: enero 2023

Entidad: ESE Hospital La María	**Área por evaluar:** Planeación
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.

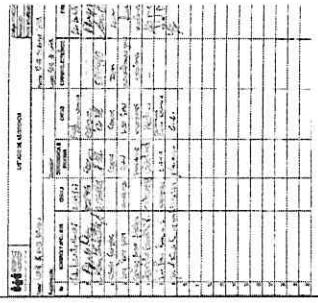
Objetivos Corporativos

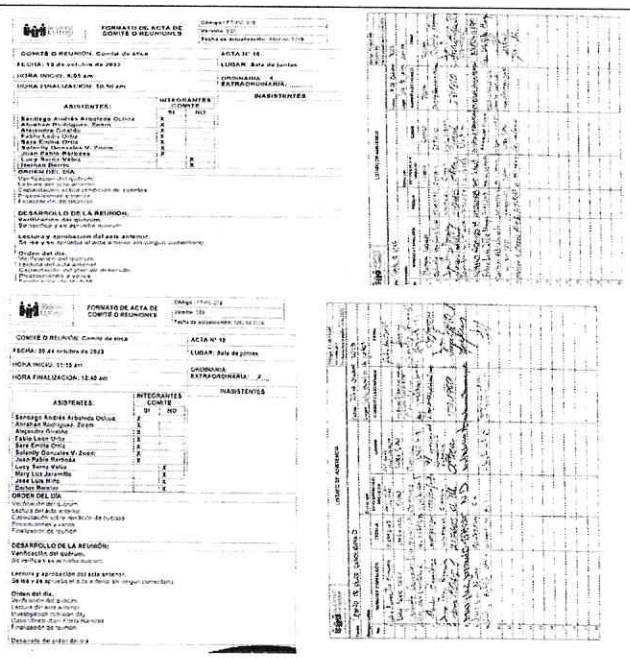
Los objetivos corporativos plasmados en el Plan de desarrollo de la ESE Hospital La María para el período 2020-2023, son los que a continuación se describen:

- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la E.S.E de acuerdo a su desarrollo y recursos disponga.

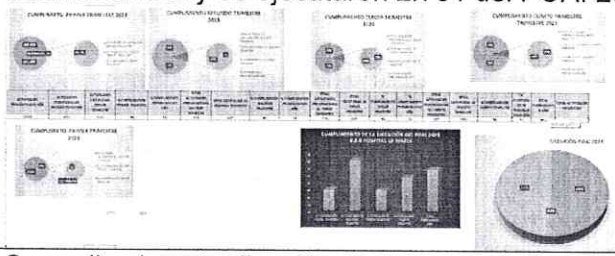
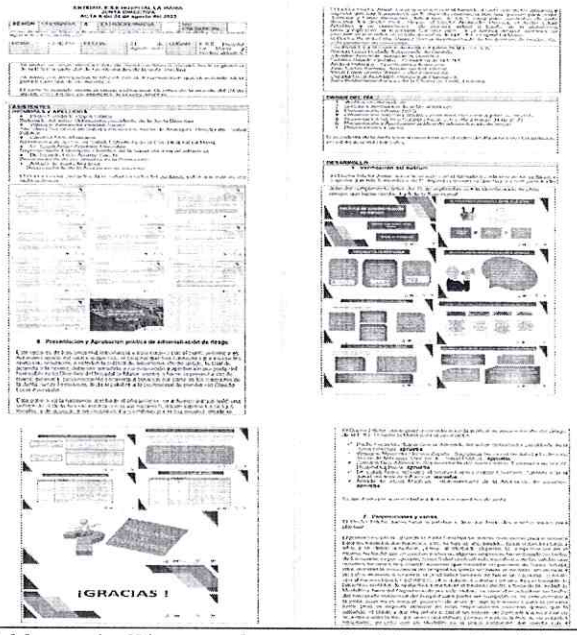
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y su funcionamiento.
- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad.
- Fomentar la investigación científica, 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.

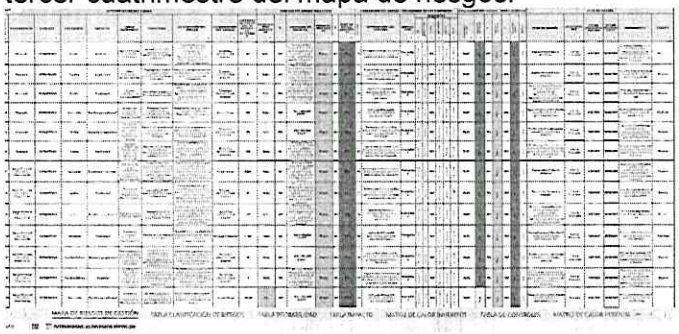
Desde el direccionamiento estratégico a través del área de Planeación se desarrollan los siguientes compromisos:

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	4	En el plan de desarrollo institucional - PDI, se tiene como meta 4 socializaciones para los diferentes grupos de interés del hospital, obteniendo como resultado 4 socializaciones para un cumplimiento del 100% de la meta propuesta; estas socializaciones se hicieron en las áreas de en dos ocasiones comité de ética se habló del plan de Desarrollo y en la capacitación de rendición de cuentas se habló del plan de desarrollo ya que es el eje central de las renciones de cuentas y la capacitación a la Asociación de Usuarios sobre el plan de desarrolló. 

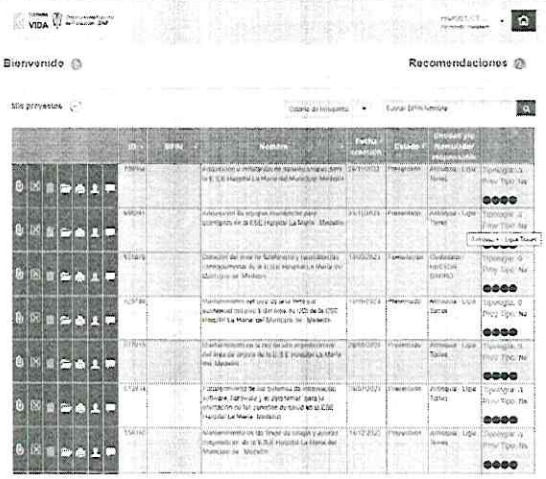
			
Seguimiento a las metas de Plan de Desarrollo	100	100	Los seguimientos de las metas del PDI, están planeados para su seguimiento de manera trimestral; estos seguimientos se hacen a partir de la plataforma GesisAPP, donde cada uno de los lideres responsables tiene acceso y son responsables de la medición de cada uno de sus indicadores; para el año 2023 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 directoresde 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 desarrollada el 17 de abril de 2023, se realizó la Evaluación del Cumplimiento al Plan de Gestión del Gerente de la ESE Hospital La María, vigencia 2023; en el resultado de la evaluación de las tres áreas se obtuvo una calificación final satisfactoria de 4.43, 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, que quedo registrada esta evaluación y sus resultados, en el acuerdo número 2 del 17 de abril del 2023. 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 2023	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 todos los lideres el POAI 2023, 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 mediante acuerdo 01 del 23 de febrero de 2023, en la primera reunión ordinaria de la junta directiva dando cumplimiento a lo estipulado en el decreto 1876 de 1994 articulo 11.

Seguimiento del POAI 2023	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 96,4% de cumplimiento en la ejecución de las actividades, para el periodo se programaron 2.834 actividades para ejecutar durante el año y se ejecutaron 2.731 del POAI 2023. 
Actualización de la política de administración del riesgo y su anexo del mapa de riesgo	1	1	Se realizo la actualización de la Política de Administración del Riesgo, acorde a la actualización de la Guía 6 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 y está registrada en el acta número 6 del 24 de agosto del 2023. 
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 tres seguimientos definidos el 30 de abril, 30 de septiembre y otro el 31 de diciembre de 2023 En este momento se esta realizando el seguimiento del

			tercer cuatrimestre del mapa de riesgos. 
Implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial: "Código De Conducta Y De Buen Gobierno Organizacional, El Sistema Integrado De Gestión De Riesgos Y Sus Subsistemas De Administración De Riesgos".	Implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Para el cumplimiento establecido en la normatividad para la adopción de un "Programa De Transparencia Y Ética Empresarial – PTEE", la ESE Hospital La María viene implementando estrategias tales como: Manual del Código de Buen Gobierno y Código de Integridad donde se establecen las conductas a seguir y los compromisos con los grupos de valor, actualización de la Política de Riesgos, Manual de SICOF, Manual de Conflicto de Intereses, actualización del Manual del SARLAFT, documentación que fue aprobada por la Junta Directiva, como lo establece la SUPERSALUD. Igualmente, a la Junta Directiva se les capacito acerca de la Declaración de Conflicto de Intereses como Personas Expuestas Políticamente, inclusive se les envió el link para su realización. 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	4	4	Durante el periodo 2023 se formularon en la metodología MGA web los siguientes proyectos: • Fortalecimiento de los sistemas de información software, hardware y el datacenter para la prestación de los servicios de salud en la ESE Hospital La María Medellín, a la espera de ser viabilizado o realizarle ajustes según lo requieren los profesionales de la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia y posterior asignación de recursos. • Mantenimiento de la red de aire acondicionado del área de cirugía de la E.S.E Hospital La María del Medellín, a la espera de ser viabilizado o realizarle ajustes según lo requieren los profesionales de la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia y posterior asignación de recursos. • Mantenimiento del piso de la torre sur asistencial del piso 6 del área de UCI de la ESE Hospital La Maria del Municipio de Medellín, a la espera de ser viabilizado o realizarle ajustes según lo requieren los profesionales de la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia y posterior asignación de recursos. • Adquisición de equipos biomédicos para quirófanos de la ESE Hospital La María Medellín, a la espera de ser viabilizado o realizarle ajustes según lo requieren los profesionales de la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia y posterior asignación de recursos. • Adquisición e instalación de paneles solares para la E.S.E Hospital La María del Municipio Medellín, a la espera de ser viabilizado o realizarle ajustes según lo requieren los profesionales de la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia y posterior asignación de recursos.

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

Se presenta cumplimiento de las metas de acuerdo con la información de los TRES (3) indicadores reportados en el instrumento de evaluación y que corresponden al Plan de Desarrollo Institucional. Sin embargo y de acuerdo con las verificaciones realizadas, mediante la contrastación de los indicadores consignados en el instrumento entregado por el área responsable a la Oficina de Control Interno con los que reposan en la plataforma GESISAPP, se evidencia que no se realizó la evaluación por parte del área de los siguientes indicadores:

- Formulación del modelo de atención:
- Modelo de atención aprobado
- análisis de mercado para unidades de negocio
- Estructura organizacional adoptado
- Unidades funcionales con estudios multifactoriales de mercado
- Personal en misión ajustados a los perfiles y competencias definidos
- modernización de la estructura organizacional aprobada

La situación descrita, no permitió realizar una evaluación de los resultados al 100%

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se deben adelantar las evaluaciones, por parte del área, de todos los indicadores incorporados en el Plan de Desarrollo Institucional de manera que se pueda realizar un análisis más holístico del grado de cumplimiento de los compromisos.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	**SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS**	**Código:** FT-DIE-017 **Versión:** 001 **Fecha:** enero 2023

Entidad: ESE Hospital la María	Área por evaluar: Asistencial
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**	**Análisis de los Resultados.**
Proporción de Adopción y socialización de las 3 principales Guías de manejo médico en un 80%.	100%	100%	Para dar cumplimiento al compromiso y la meta institucional y así continuar con el mejoramiento continuo, se realizaron capacitaciones y socialización de guías de práctica clínicas adoptadas, a personal médico y de enfermería de la institución, estas capacitaciones se hacen una vez por semana. Además, se realiza auditoría de historia clínica con retroalimentación al personal y con resultados analizados en comité de historia clínica.
Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria mayor a 48 horas en un 100%.	100%	100%	Este indicador está en la meta, se realiza el análisis de todos los casos de mortalidad mayor a 48 horas, lo cual es presentado en el comité de vigilancia epidemiológica, donde 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
Satisfacción del Usuario Externo en un 95%.	95%	97.8%	Indicador en meta, como un resultado positivo para la institución, además se realiza capacitación por recurso humano de atención al cliente y humanización del servicio logrando así una atención con calidad y calidez para nuestros usuarios.
Tiempo promedio asignación de citas medicina interna.	9.57 días	4.5 días	Indicador en meta, se tiene en el momento 2 médicos internistas tiempo completo en el servicio, logrando la meta con las diferentes EAPB, con quienes mensualmente se establece el control de las autorizaciones y pacientes a valorar según capacidad institucional.

Oportunidad en la asignación de citas ortopedia	15 días	8,2 días	Indicador en meta, se cuenta en el momento con 270 horas de ortopedia exclusivamente para consulta externa, logrando la meta con las diferentes EAPB, con quienes mensualmente se establece el control de las autorizaciones y pacientes a valorar según capacidad institucional.
Oportunidad en asignación de citas cirugía general	10 días	4,14 días	Indicador en meta, se cuenta en el momento con 192 horas de cirugía general para consulta externa, además, se realizó capacidad instalada para cada EPS contratada, el promedio del año es de 4.14 días para la asignación de citas de cirugía general.
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de infarto Agudo de miocardio (IAM) en un 90%.	90%	100%	El indicador está en el 100% durante 2023, cabe aclarar que el volumen de pacientes con este diagnóstico bajo, no sobrepasando los 10 casos mensualmente
Oportunidad en la realización de apendicetomía en un 90%	90%	96,5%	Indicador en meta, es importante mencionar que el volumen de atención de esta patología en la institución es muy bajo por lo cual se ha logrado el 96.5%.
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en un 95%	90%	92%	Indicador en meta, la primera causa de morbilidad atendida es pacientes con diagnóstico de VIH. La evaluación es realizada con un formato realizado por infectología y avalado por la subgerencia científica, según la guía de práctica clínica adoptada. Se hace un análisis riguroso de cada historia clínica y así se retroalimenta el personal estos datos son presentados en comité de historia clínica.
Oportunidad de los indicadores clínicos asistenciales priorizados en el plan de gestión	9	6	En el Plan de gestión según la resolución 408 de 2018 para el plan gestión. Le corresponde a la E.S.E según esta norma para el plan de gestión 2020-2023 y su seguimiento en el área asistencial 6 indicadores y que están habilitados en el REPS. Se cumplió en un 67% del cumplimiento.

Cumplimiento de proyectos especiales	90%	100%	En el Plan de Desarrollo se tiene como meta el 90% en el cumplimiento de proyectos especiales. Se tiene el proyecto de pruebas rápidas de VIH, tuberculosis y lepra, salud sexual y reproductivo, Coosalud, UAPI, atención a toda la población de VIH de Savia y de la Secretaría Seccional para un cumplimiento del 100%.
Servicio de hemofilia habilitando y funcionando	1	1	Para la prestación del servicio de hemofilia se habilitó los servicios de hematología y pediatría con el objeto de presentarnos a la licitación de Savia Salud. Actualmente nos encontramos en una unión temporal para la atención de urgencias y hospitalaria de población con hemofilia de Savia Salud.
Servicio de hemodiálisis habilitado y funcionando	1	1	Contamos con el servicio de hemodiálisis habilitado y funcionando
Servicio de cirugía oncológica habilitado y funcionando.	1	1	Actualmente se encuentra habilitado el servicio de oncología, sin embargo, no se ha logrado contrato con EAPB para la prestación del servicio.
Servicio de reumatología habilitado y funcionando	1	1	En el momento se tiene unión temporal con Art Médica para prestar servicios de reumatología para la atención de pacientes de la ruta de atención integrada de VIH de Savia Salud
Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Urología	12 días	5,3 días	Indicador en meta, el promedio del año es de 5.3 días para la asignación de citas de Urología y en diciembre se obtuvo un resultado de asignación de citas de Urología de 5,6 días
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	30 minutos	27.98 minutos	Se observa que el indicador está sobre la meta, esto ha permanecido en los últimos 3 años.
Cumplimiento de los planes de mejora derivados de los análisis de eventos	100	100	El indicador se cumple con el 100% de los planes de mejora planteados por cada evento que se presenta.

Acuerdo de voluntades entre las ESE para la conformación de la red en el Departamento de Antioquia	1	1	Se cumple con el 100%, cuenta con acuerdos de voluntades para conformar redes en el departamento con el hospital Mental. Hospital Marco Fidel Suarez. San Rafael de Itagüí. Hospital Consejo de Medellín. hospital del Municipios de turbo. hospital de Santa fe de Antioquia. Hospital Yarumal. Hospital Puerto Berrio.

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

Se realizan las verificaciones respectivas y se encuentran las siguientes particularidades con respecto a los indicadores.

- **Proporción de adopción y socialización de las principales Guías de manejo medico**: El análisis realizado por el área y consignado en este instrumento, no corresponde con lo incorporado en la plataforma GESIS, en la cual se puede leer: "se tiene como meta para el año 2023 la meta de 100 % de adoptar 10 guías de manejo médico para el cumplimiento del 100% para el cumplimiento de la meta". De acuerdo con lo anterior, ambos textos no son coherentes en las metas del indicador, por lo que no es claro en grado de cumplimiento del compromiso.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Los seguimientos deben realizarse y ser informados los resultados en forma acumulada a la fecha de corte de la evaluación y no solo reportar los resultados del mes en que se evalúa, de manera que se pueda tener la trazabilidad de la evolución del impacto de las acciones para alcanzar la meta de cada compromiso. Al informarse el resultado mensual, se distorsiona el grado de cumplimiento.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	**SEGUIMIENTO A LA EVALUACIÓN POR DENDENCIAS**	**Código:** FT-DIE-017 **Versión:** 001 **Fecha:** enero 2023

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 PGIRASA se encuentra actualizado de acuerdo a unos ajustes que se realizaron en el documento con Código: PN-GAI-001 versión 012 y fecha de septiembre de 2023
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.
Plan de Mantenimiento ambiental y del componente arbóreo	100%	100%	El programa de mantenimiento de 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

Avances en la Implementación de acciones del Plan de Gestión Ambiental	100%	82.38%	el año 2023, se encuentran contempladas en el cronograma de actividades del programa de mantenimiento, De acuerdo al cronograma ya establecido se realizaron las siguientes actividades en los diferentes meses del año: riego, refilado de césped, limpieza del jardín, corte de mantenimiento y aireación de jardinería, Siembra de plantas cuando en el jardín ha disminuido la cantidad de estas, Fertilización orgánica y química del jardín El porcentaje de avance fue de un 100%. El Plan de gestión ambiental contempla 6 programas de los cuales se encuentran implementados y ejecutándose el programa de capacitación y educación, manejo de residuos, gestión ambiental, uso racional de la energía y avance en los programas de: plan MES (instalación de parqueaderos de bicicleta, aportando asi espacios para la movilidad sostenible) y uso eficiente del agua y vertimientos. Se iniciara en la próxima vigencia con la implementación y complementación de las acciones del Plan de gestión ambiental.

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

Los resultados del área son positivos, sin embargo, no se entregan las evidencias que soporten los resultados de los compromisos.

¡RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROLINTERNO:

Después de realizar la evaluación por parte del área, se deben adjuntar las evidencias del cumplimiento de los compromisos para su respectiva validación por parte de la Oficina de Control Interno.

OBSERVACIÓN

Es necesario precisar que la información relacionada con la Evaluación por Dependencias fue solicitada a cada una de las áreas mediante correo electrónico enviado el 11 de enero de 2024 desde la cuenta de asesorcontrolinterno@lamaria.gov.co como consta en el siguiente pantallazo:

De: asesorcontrolinterno La Maria <asesorcontrolinterno@lamaria.gov.co>
Enviado: jueves, 11 de enero de 2024 16:06
Para: Subgerencia La Maria <subgerencia@lamaria.gov.co>; cordinacionmedica la <coordinacionmedica@lamaria.gov.co>
Cc: Aleja Giraldo <aleja.giraldo@lamaria.gov.co>; jefedepersonal La Maria <jefedepersonal@lamaria.gov.co>; coordinacionenfermeria La Maria <coordinacionenfermeria@lamaria.gov.co>; tesoreria La Maria <tesoreria@lamaria.gov.co>; almacen La Maria <almacen@lamaria.gov.co>; financiera lamaria <financiera@lamaria.gov.co>; farmaciadt La Maria <farmaciadt@lamaria.gov.co>; farmaciadta la maria <farmaciadta@lamaria.gov.co>; comunicaciones La Maria <comunicaciones@lamaria.gov.co>; comunicacioninterna La Maria <comunicacioninterna@lamaria.gov.co>; usuarios La Maria <usuarios@lamaria.gov.co>; calidad la maria <calidad@lamaria.gov.co>; calidadsedeambulatoria La Maria <calidadsedeambulatoria@lamaria.gov.co>; juridica La Maria <juridica@lamaria.gov.co>; liderjuridico La Maria <liderjuridico@lamaria.gov.co>; planeacion La Maria <planeacion@lamaria.gov.co>; sistemas La Maria <sistemas@lamaria.gov.co>; Sebastian Muñoz <lidersistemas@lamaria.gov.co>; contabilidad La Maria <contabilidad@lamaria.gov.co>; Lider Contabilidad <lidercontabilidad@lamaria.gov.co>; archivo La Maria <archivo@lamaria.gov.co>; estadistica La Maria <estadistica@lamaria.gov.co>; lidercalidad La Maria <lidercalidad@lamaria.gov.co>; Lider Cartera La Maria <lidercartera@lamaria.gov.co>; cartera La Maria <cartera@lamaria.gov.co>; gestionambiental la maria <gestionambiental@lamaria.gov.co>; gestionambiental@lamaria.gov.cosecre <gestionambiental@lamaria.gov.cosecre>; Liderglosas La Maria <liderglosas@lamaria.gov.co>; glosasydevoluciones La Maria <glosasydevoluciones@lamaria.gov.co>; liderfacturacion La Maria <liderfacturacion@lamaria.gov.co>; activosfijos La Maria <activosfijos@lamaria.gov.co>; admonpess La Maria <admonpess@lamaria.gov.co>; doraceciliag La Maria <doraceciliag@lamaria.gov.co>; Control Interno Pro <controlint@lamaria.gov.co>; gerencia La Maria <gerencia@lamaria.gov.co>
Asunto: SEGUIMIENTO FORMATO EVALUACIÓN POR DENDENCIAS A DIC 2023 ley 909 de 2004.

Asunto: SEGUIMIENTO FORMATO EVALUACIÓN POR DENDENCIAS A DIC 2023 ley 909 de 2004.

Medellín,11 de enero de 2023

PARA: Subgerentes y Líderes de procesos
DE: Juan Carlos Barreiro jefe de Control Interno

ASUNTO: SEGUIMIENTO FORMATO EVALUACIÓN POR DENDENCIAS A DIC 2023

En cumplimiento del inciso 2° del Articulo 39 de la Ley 909 de 2004 "El jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a las cuales se les aplica la presente Ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias".

"Evaluación de Gestión por áreas o dependencias: Es aquella que realiza anualmente el jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales, las cuales son informadas por las áreas o dependencias de la entidad de acuerdo con los establecido en el Plan Estratégico de la Entidad.

CONCLUSIONES

En términos generales, las dependencias de la ESE Hospital La María que fueron evaluadas, 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 dedecisiones 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 2023, que tiene como fuentes de la información la entregada por las dependencias de la entidad, es conveniente que los líderes de procesos entreguen, en el futuro, la evaluación 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.

El jefe de la Oficina de Control Interno reitera a los líderes que realizaron esta evaluación, implementar el plan de mejoramiento para las recomendaciones dadas en la presente evaluación "Evaluación por dependencias período evaluable 2023".

Nota aclaratoria. Se resalta que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de Control Interno, pueden ocurrir errores u omisiones 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 inconsistencias. Así mismo, es responsabilidad del área

la información suministrada por cualquier medio a la Oficina de Control interno, 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 María Manuela Vasco Cadavid, Oficina de Comunicaciones

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Gabriel Rincón Ospina – Asesor de apoyo a de Control Interno		30-01-2024
REVISÓ	Juan Carlos Barreiro – Jefe de Control Interno		30-01-2024
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro – Jefe de Control Interno		30-01-2024
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.			