



Al contestar cite *RAD_S*

Tunja,

Doctor
YAMIT NOE HURTADO NEIRA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Ref. Informe Evaluación por dependencias 2021

Cordial saludo Dr. Yamit

En cumplimiento a la Ley 87/1993, al Decreto 648 de 2017, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto informe de evaluación por dependencias de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja de la vigencia 2021.

Atentamente,

BIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ

Asesora Control Interno

E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 7 folios. C.C Subgerencias, y procesos responsables.

ESE HOSPITAL BAN RAFAEL TUHNA GERENCIA NECIDIO DIA BI 16+50 DIA 31



















Tunja, Enero de 2022

Doctor

YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA

Gerente

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA

Ciudad

Ref. Calificación Evaluación por dependencias.

Cordial saludo,

En cumplimiento a la Ley 909 de 2004 y a la circular 04 de 2005 de la CNSC, la oficina Asesora de control interno realiza calificación por dependencias teniendo en cuenta los siguientes criterios de evaluación:

- Reporte de indicadores en sistema de información DARUMA, para este ítem se tuvo en cuenta los informes de Gestión de Indicadores de la unidad estadística con corte a tercer trimestre.
- Calificación realizada en la evaluación de planes de mejora realizada por la oficina de control interno.
- La evaluación de cumplimiento de los planes MIPG aplicables a cada proceso.
- La evaluación de los mapas de riesgos por proceso y corrupción, para los procesos misionales no se tuvo en cuenta los riesgos ya que para el año 2021 no se realizo evaluación pues se encontraron en fase de diseño, el servicio farmacéutico tiene identificados riesgos de corrupción pero no de proceso y los riesgos de los programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Antibióticos no fueron revalorados.

Se tiene en cuenta la escala para la valoración de los resultados para criterio, de acuerdo a lo siguiente:

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

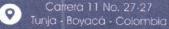
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo a la Resolución Interna No. 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:

- Entre 80% y 100% código cromático verde.
- Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo.
- Menor del 60% código cromático rojo.

Valoración de las franjas cromáticas:

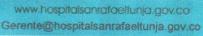
Rojo: Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.









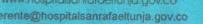
















Amarillo: Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.

Verde: Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.

Teniendo en cuenta la evaluación realizada por la oficina asesora de control interno, se tiene el siguiente resultado para cada uno de los procesos/áreas/dependencias de la institución:

1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | | | | | | |
|---|---------------------------|---------------------|-------------|-----------------------|-------|--|
| | IND ICADORES (REPORTE) | PLANES DE MEJORA | PLANES MIPG | GESTION DE RIESGOS | TOTAL | |
| Almacen | 100% | 82% | NA | N/A | 91% | |
| Gestión financiera | 86% | 85% | 100% | 92% | 91% | |
| Servicios de apoyo | 100% | 100% | NA | 100% | 100% | |
| Gestion del talento Humano | 100% | 86% | 100% | 100% | 97% | |
| Contratación | 100% | 75% | NA | 100% | 92% | |
| Mantenimiento e infraestructura | 100% | N/A | NA | 99% | 100% | |
| Gestión administrativa | 97% | 80% | NA | 100% | 92% | |
| Gestión juridica | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| TOTAL | 98% | 87% | 100% | 99% | 96% | |

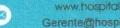
De acuerdo a la anterior tabla, la subgerencia administrativa y financiera, tiene un cumplimiento del 96%.























2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

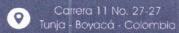
| SUBGERENCIA DE SE | BGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD | | | | | | |
|----------------------|---------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------|-------|--|--|
| | INDICADORES (REPORTE) | PLANES DE MEJORA | PLANES MIPG | GESTION DE RIESGOS | TOTAL | | |
| SIAU | 97% | 80% | 89% | 100% | 92% | | |
| Urgencias | 99% | 60% | NA | NA | 80% | | |
| Apoyo de servicios | 87% | 86% | NA | NA | 87% | | |
| Gestión clinica | 98% | 86% | NA | NA | 92% | | |
| Gestión quirurgica | 98% | 99% | NA | NA | 99% | | |
| <u>Farmacia</u> | 94% | 0% | NA | NA | 47% | | |
| Enfermeria | 100% | NA | NA | NA | 100% | | |
| UCI Adultos | 100% | NA | NA | NA | 100% | | |
| UCI Pediatrica | 100% | NA | NA | NA | 100% | | |
| UCI Neonatos | 99% | NA | NA | NA | 99% | | |
| <u>Epidemiologia</u> | 91% | NA | NA | NA | 91% | | |
| TOTAL | 97% | 69% | 89% | 100% | 90% | | |

De acuerdo a la anterior tabla, la subgerencia de servicios de salud, tiene un cumplimiento del 90%.

| OFICINA ASESORA DE D | ICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS | | | | | | |
|----------------------|--|---------------------|----------------|-----------------------|-------|--|--|
| | INDICADORES (REPORTE) | PLANES DE MEJORA | PLANES MIPG | GESTION DE RIESGOS | TOTAL | | |
| Gestion Academica e | 100% | NA | 100% | N/A | 100% | | |
| <u>investigativa</u> | 10076 | NA. | 10076 | IVA | 100% | | |
| <u>TICS</u> | 89% | 89% | 81% | 100% | 90% | | |
| Gestion de calidad | 97% | 71% | 100% | 100% | 92% | | |
| Gestion Documental | 100% | 60% | 100% | 100% | 90% | | |
| Gestion Ambiental | 100% | 100% | NA | NA | 100% | | |
| Seguridad y salud | 100% | 100% | NA | NA | 100% | | |
| ngenieria Biomedica | 100% | NA | NA | N/A | 98% | | |
| TOTAL | 98% | 84% | 95% | 100% | 96% | | |

De acuerdo a la anterior tabla, la oficina Asesora de desarrollo de servicios, tiene un cumplimiento del 96%.

























Segura de su valiosa atención, agradezco el compromiso permanente y la mejora continua con el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Cordialmente,

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ

Asesora de Control Interno ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyecto: Carolina Correa Copia: Vía Outlook a los procesos involucrados















