

Al contestar cite 20231100003741



Tunja, 30 enero del 2023

Doctor
GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ
Gerente

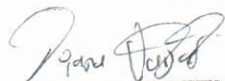
Ref: INFORME EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2022

Cordial Saludo Doctor,

En cumplimiento a la ley 87/1993, al Decreto 648 del 2017, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto informe de evaluación por dependencias de la E.SE Hospital Universitario San Rafael de Tunja vigencia 2022

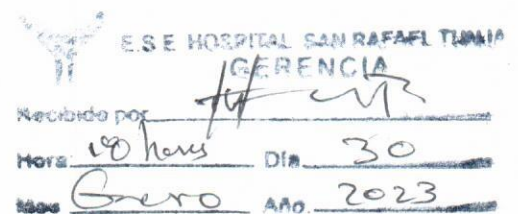
Atentamente,

ATENTAMENTE



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ
Asesora Control Interno
E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 3 folios
C.Subgerencias y procesos intervinientes.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA
Recibido por: *[Signature]*
Hora: 10 hrs Día: 30
Mes: Enero Año: 2023



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



INFORME EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2022

1

Elaborado por:
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Tunja, Enero de 2023



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y según lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004 «Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones», de la Circular 04 del 27 de septiembre de 2005 expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional, y demás normas reglamentarias de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina Asesora de Control Interno presenta informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2022.

METODOLOGÍA

La oficina de control interno realiza calificación por dependencias teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Reporte de Indicadores cargados en el software Daruma, según Informe unidad de análisis estadístico – Gestión de Indicadores. (Tercer trimestre 2022)
- Calificación realizada en la evaluación de planes de mejoramiento, según seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno. (Cuarto trimestre)
- Evaluación de cumplimiento de los planes MIPG aplicables a cada proceso. (Cuarto trimestre 2022)
- Seguimiento a mapas de riesgos por proceso (a 30 de junio de 2022) y de corrupción (a 31 de diciembre de 2022).

Adicionalmente, se tuvo en cuenta la escala para la valoración de los resultados para criterio: de acuerdo a lo siguiente:

CRITERIOS DE CALIFICACION
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo a la Resolución Interna N° 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:
<ul style="list-style-type: none"> • Menor del 60% código cromático rojo. • Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo. • Entre 80% y 100% código cromático verde.
VALORACIÓN DE LAS FRANJAS CROMATICAS
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.
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 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.
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.

1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

3

FECHA:	DEPENDENCIA PARA EVALUAR:				
	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				
24/01/2023	Dirigir, liderar, planear, coordinar, controlar y evaluar todos los procesos administrativos, financieros y logísticos de la Institución; desarrollando políticas orientadas a fortalecer la administración del recurso humano, recursos de información, la contratación administrativa y el mantenimiento de la planta física y los recursos materiales de la empresa, que garantice la adecuada prestación de los servicios de salud.				
PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 015 de 2020)					
PROCESO	MEDICIÓN				TOTAL
	INDICADORES (Cumplimiento a la meta) (a 30/09/2022)	PLANES DE MEJORA (a 31/12/2022)	PLAN DE ACCIÓN MIPG (a 31/12/2022)	POA (a 30/09/2022)	
GESTIÓN SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	100%	100%	N.A	N.A	100%
GESTIÓN FINANCIERA	63%	99%	100%	95%	89%
GESTIÓN SERVICIOS DE APOYO	100%	N.A	N.A	N.A	100%
GESTIÓN TALENTO HUMANO	100%	100%	95%	N.A	98%
GESTIÓN CONTRATACIÓN	N.A.	91%	N.A	N.A	91%
GESTIÓN DE MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA	100%	N.A	N.A	100%	100%
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	100%	100%	N.A	N.A	100%
GESTIÓN JURÍDICA	100%	N.A	100%	100%	100%
PROMEDIO	95%	98%	98%	98%	97%

ANÁLISIS:

Gestión de Riesgos: En el seguimiento a la matriz de riesgos de proceso a corte 30 de junio de 2022, se pudo establecer que para la Subgerencia administrativa y financiera, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los procesos de apoyo Gestión de Suministros y Activos fijos, Gestión servicios de apoyo, Gestión Contratación, Gestión mantenimiento, Gestión Administrativa y Gestión Jurídica de igual forma para el proceso estratégico Gestión de talento humano. Sin embargo en lo relacionado a Gestión Financiera fueron efectivos a excepción del área de tesorería debido a debilidades en la ejecución del autocontrol y el envío de evidencias y documentación de controles necesarios para el seguimiento, incumpliendo a los compromisos generados en mesas de trabajo.

La ejecución de las actividades desarrolladas por la Subgerencia administrativa y financiera logró un 97% de cumplimiento, reflejando un buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior principalmente en lo relacionado al cumplimiento en ejecución y efectividad de planes de mejoramiento.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Es necesario mantener continua revisión de los riesgos y controles identificados de tal manera que se fortalezcan y mejoren según la necesidad del proceso y teniendo en cuenta las diferentes alertas generadas a través de los informes del área de Control Interno, así mismo mantener continua ejecución del autocontrol en cada subproceso de la dependencia.
- Es indispensable mantener continua retroalimentación de los resultados periódicos con los líderes de los procesos que conforman la Subgerencia con el fin de socializar las debilidades y alertas presentadas en aras de generar planes de acción que mitiguen dichas situaciones y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.



- Fortalecer las acciones y flujo de información entre procesos de tal manera que principalmente hacia el área financiera se garantice la entrega y conciliación oportuna.

FIRMAS:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ Jefe Oficina Control Interno	NAYARITH OCHOA SANABRIA Profesional Universitario - Auditor OACI

2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA:	24/01/2023	DEPENDENCIA A EVALUAR:			
		SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD			
PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 015 de 2020)	Dirigir, liderar, planear, coordinar, controlar y evaluar todos los procesos asistenciales y de prestación de servicios de salud de la Empresa con sus correspondientes procedimientos y actividades, estableciendo políticas de atención al usuario para lograr el desarrollo de los programas y metas previamente establecidos, que garantice la adecuada prestación de los servicios de salud.				
PROCESO	MEDICIÓN				
	INDICADORES (Cumplimiento a la meta) (a 30/09/2022)	PLANES DE MEJORA (a 31/12/2022)	PLAN DE ACCIÓN MIPG (a 31/12/2022)	POA (a 30/09/2022)	TOTAL
SIAU	96%	100%	100%	100%	99%
ATENCIÓN URGENCIAS	100%	100%	N.A	75%	92%
APOYO DE SERVICIOS DE SALUD	95%	93%	N.A	63%	84%
GESTIÓN CLINICA	87%	83%	N.A	88%	86%
GESTIÓN QUIRURGICA	95%	82%	N.A	88%	88%
GESTIÓN FARMACEUTICA	72%	79%	N.A	76%	76%
ENFERMERIA	100%	93%	N.A	N.A	97%
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	88%	N.A	N.A	67%	77%
EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	77%	N.A	N.A	N.A	77%
PROMEDIO	90%	90%	100%	80%	90%

ANALISIS:

Gestión de Riesgos: En cuanto al proceso Sistema de información y atención al usuario los controles 18 y 19 fueron clasificados como efectivos según el Seguimiento a mapas de riesgos de proceso realizado a corte 30 de junio de 2022. En cuanto a los controles de procesos misionales dentro de los que están Apoyo de servicios de salud - Consulta externa, urgencias, gestión clínica, gestión quirúrgica, enfermería, Uci y epidemiología, no fueron evaluados teniendo en cuenta que los riesgos fueron identificados en el mes de junio por lo tanto se verifico la estructura y el diseño de los riesgos y controles en cuanto a cumplimiento de la guía, por tanto no aplica seguimiento y medición de la efectividad de los controles establecidos.



La ejecución de las actividades desarrolladas por la Subgerencia de servicios de salud logró en términos generales un 90% de cumplimiento, manteniendo el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior, sin embargo se deben fortalecer el cumplimiento de indicadores principal insumo en la toma de decisiones por parte de la alta gerencia, así como fortalecer y realizar acciones que apunten al cumplimiento del plan operativo anual para los procesos que aplica.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Es necesario mantener continua revisión de los riesgos y controles identificados de tal manera que se fortalezcan y mejoren según la necesidad del proceso y teniendo en cuenta las diferentes alertas generadas a través de los informes del área de Control Interno, así mismo mantener continua ejecución del autocontrol en cada subproceso de la dependencia.
- Es indispensable mantener continua retroalimentación de los resultados periódicos con los líderes de los procesos que conforman la Subgerencia con el fin de socializar las debilidades y alertas presentadas en aras de generar planes de acción que mitiguen dichas situaciones y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.
- Los subprocesos de Epidemiología y Salud Pública, así como Gestión Farmacéutica y Urgencias, deben fortalecer las acciones que permitan dar cumplimiento a planes de mejoramiento y metas del plan operativo anual, planeándolas adecuadamente con el fin de garantizar su ejecución, así mismo deben implementar cultura de autocontrol que permitan la consecución de objetivos oportunamente documentando eficientemente las actividades desarrolladas con el fin de evidenciar la realización de las mismas.

FIRMAS:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ Jefe Oficina Control Interno	NAYARITH OCHOA SANABRIA Profesional Universitario - Auditor OACI

3. OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

FECHA:	24/01/2023	DEPENDENCIA A EVALUAR:			
		OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS			
PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 015 de 2020)		Asesorar a la gerencia y a las áreas del Hospital en el desarrollo de los sistemas de Gestión de Calidad y Planeación, que contribuyan a la prestación de servicios de salud de óptima calidad, propiciando la consolidación de una cultura de servicio humanizado y mejoramiento continuo e implementación del plan estratégico de gestión y resultados para el hospital!			
		MEDICIÓN			
PROCESO	INDICADORES (Cumplimiento a la meta) (a 30/09/2022)	PLANES DE MEJORA (a 31/12/2022)	PLAN DE ACCIÓN MIPG (a 31/12/2022)	POA (a 30/09/2022)	TOTAL
GESTION ACADEMICA E INVESTIGATIVA	N.A.	91%	50%	100%	80%
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	100%	N.A	100%	100%	100%
GESTION QHSE	96%	80%	N.A	100%	84%



GESTION DOCUMENTAL	N.A.	100%	97%	N.A.	99%
GESTIÓN TECNOLÓGICA (Biomédica)	95%	100%	N.A.	100%	98%
PROMEDIO DE LA DEPENDENCIA	97%	93%	82%	100%	92%

ANÁLISIS:

Gestión de Riesgos: Teniendo en cuenta el seguimiento a los mapas de riesgos de proceso realizado a corte 30 de junio de 2022, se pudo establecer que Gestión tecnológica, Gestión de investigación e innovación (académica) y Gestión de sistemas de información y comunicaciones presentan efectividad en la ejecución de los controles establecidos para los riesgos identificados y en cuanto a los procesos Gestión QHSE y Gestión documental presentan controles efectivos y otros que se clasificaron como parcialmente efectivos debido a que las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.

La ejecución de las actividades desarrolladas por la Oficina Asesora de desarrollo de servicios logró un 92% de cumplimiento, reflejando un buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior sin embargo se presentó debilidad y disminución en el promedio en lo relacionado a planes de mejoramiento, siendo necesario fortalecer las acciones tendientes a dar cumplimiento eficiente, eficaz y efectivo a la ejecución de estos, como garante de la reducción y mitigación de no conformidades presentadas en los procesos.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

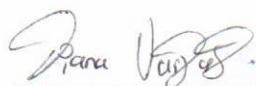
- Es necesario mantener continua revisión de los riesgos y controles identificados de tal manera que se fortalezcan y mejoren según la necesidad del proceso y teniendo en cuenta las diferentes alertas generadas a través de los informes del área de Control Interno, así mismo mantener continua ejecución del autocontrol en cada subproceso de la dependencia.
- Es indispensable mantener continua retroalimentación de los resultados periódicos con los líderes de los procesos que conforman la Subgerencia con el fin de socializar las debilidades y alertas presentadas en aras de generar planes de acción que mitiguen dichas situaciones y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.

FIRMAS:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ Jefe Oficina Control Interno	NAYARITH OCHOA SANABRIA Profesional Universitario - Auditor OACI

Es necesario que los resultados obtenidos y las recomendaciones generadas sean tenidos en cuenta como insumo y criterio en la consolidación de los compromisos con los funcionarios para la presente vigencia y en los planes de acción que cada líder implemente para que su subproceso logre los objetivos propuestos.

Cordialmente,



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ
Jefe Oficina Control Interno

Elaboró: NAYARITH OCHOA SANABRIA / Profesional Universitario OACI



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

