

## INFORME EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023

1

Elaborado por:  
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Tunja, enero de 2024



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://www.hospitalesporlasaludambiental.net)



## 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 Territorial que establece: “*con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las oficinas de Planeación, los jefes de las oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de los logros de cada compromiso*” 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 2023.

2

La evaluación se basa en la verificación de nivel de cumplimiento por cada dependencia de las metas definidas Planes Operativos vigencia 2023, Planes de Mejoramiento suscritos en las diferentes auditorias, Informe de Indicadores de Gestión, Seguimiento a Riesgos de Proceso y Corrupción e Informe de MIPG

Como resultado de este seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno se generarán Alertas de mejora.

## OBJETIVO GENERAL

Realizar evaluación de la gestión de cada proceso y establecer el nivel de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento suscritos en las diferentes auditorias, Informe de Indicadores de Gestión, Seguimiento a Riesgos de Proceso y Corrupción e Informe de MIPG.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el cumplimiento de los procesos, teniendo en cuenta los criterios de calificación.
- Detectar desviaciones que se encuentren por fuera del rango para generar alertas de mejora con el fin de dar cumplimiento a los objetivos misionales de la entidad.

## ALCANCE

Esta evaluación se realiza con base en los resultados obtenidos de los siguientes informes:

- Reporte de Indicadores cargados en el software Daruma, según Informe unidad de análisis estadístico – Gestión de Indicadores, (Tercer trimestre 2023).
- Calificación realizada en la evaluación de planes de mejoramiento y los seguimientos a su respectivo cumplimiento realizado por la Oficina de Control Interno, (a 31 de diciembre de 2023).
- Evaluación de cumplimiento de los planes MIPG aplicables a cada proceso, (Tercer trimestre 2023).



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



8-7405030



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



- Seguimiento a mapas de riesgos por proceso (a 30 de junio de 2023) y de corrupción (a 31 de diciembre de 2023).
- Se toma como insumo las auditorías previas realizadas, verificaciones, participación en las reuniones de algunos de los comités institucionales, visitas de seguimiento e informes y recomendaciones tendientes a subsanar las deficiencias encontradas, (Vigencia 2023).

## MARCO NORMATIVO

Ley 87 de 1993. "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones." Artículo 9 de la Ley 87 de 1993. Le corresponde a la Oficina de Control interno, "medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos". Y en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

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." en su artículo 39 establece que: "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 Reglamentario 1227 de 2005. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998: Circular No. 04 de 2005. Mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 que estatuye lo siguiente: "El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno".

## METODOLOGÍA

La oficina de control interno realiza calificación por procesos teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

3



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



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://www.hospitalesporlasaludambiental.net)



<b>CRITERIOS DE CALIFICACIÓN</b>
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"> <li>Menor del 60% código cromático rojo.</li> <li>Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo.</li> <li>Entre 80% y 100% código cromático verde.</li> </ul>
<b>VALORACIÓN DE LAS FRANJAS CROMATICAS</b>
<b>VERDE</b>
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.
<b>AMARILLO</b>
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.
<b>ROJO</b>
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.

4

## PROCESOS Y DEPENDENCIAS ADSCRITAS

### 1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

NUMERO	AREA
1	Facturación
2	Auditoria Medica
3	Financiera
4	Cartera
5	Mantenimiento
6	Gestión Humano
7	Jurídica
8	Autorizaciones
9	Almacén
10	Comercial
11	Contratación
12	Tercerizados

A continuación, se realiza la evaluación para la subgerencia administrativa y financiera

FECHA:	24/01/2023	DEPENDENCIA PARA EVALUAR:
		SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b> <b>(Acuerdo 015 de 2020)</b>	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.	

PROCESO	MEDICIÓN						TOTAL
	INDICADORES (Cumplimiento a la meta)	PLANES DE MEJORA	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MAPA DE RIESGO DE PROCESO	MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN	
	(a 30/09/2023)	(a 31/12/2023)	(a 30/09/2023)	(a 30/09/2022)	(a 30/06/2023)	(a 31/12/2023)	
GESTIÓN SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	100%	N. A	N. A	N. A	80%	80%	<b>87%</b>
GESTIÓN FINANCIERA	90%	100%	100%	98%	80%	75%	<b>91%</b>
GESTIÓN SERVICIOS DE APOYO	99%	N. A	N. A	N. A	80%	100%	<b>93%</b>
GESTIÓN TALENTO HUMANO	100%	N. A	100%	100%	100%	75%	<b>95%</b>
GESTIÓN CONTRATACIÓN	100%	88%	N. A	N. A	80%	75%	<b>86%</b>
GESTIÓN DE MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA	100%	N. A	N. A	100%	80%	100%	<b>95%</b>
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	99%	100%	N. A	100%	80%	90%	<b>94%</b>
GESTIÓN JURÍDICA	100%	N. A	N. A	88%	75%	90%	<b>88%</b>
<b>PROMEDIO</b>	<b>99%</b>	<b>96%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>	<b>82%</b>	<b>86%</b>	<b>91%</b>

5

### ANÁLISIS:

La ejecución de las actividades desarrolladas por la Subgerencia administrativa y financiera logró un 91% 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 de la meta de Indicadores.

En el seguimiento a la matriz de riesgos de proceso a corte 30 de junio de 2023, 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 Financiera, de igual forma para el proceso estratégico Gestión de talento humano. Sin embargo, en lo relacionado con el área de Gestión Jurídica no fueron efectivos debido a debilidades en la ejecución del autocontrol, los soportes aportados no permiten verificar la aplicación de los controles, teniendo en cuenta que no utilizan el formato establecido (OAJ-F-08 Registro de acciones de tutela), adicionalmente no aportan Informe trimestral presentado a Gerencia sobre el trámite de las acciones de tutela.

Adicionalmente, en el seguimiento a Riesgos de Corrupción a corte 31 de diciembre 2023, se pudo establecer que la Subgerencia administrativa y financiera cuenta con los controles definidos, los cuales le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, sin embargo, se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles, para las áreas de Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano y Gestión de Contratación.

### 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 se garantice la disposición de la información de manera oportuna.



FIRMAS:	
ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ jefe Oficina Control Interno	CARMEN CECILIA GARZÓN A Profesional Universitario - Auditor OACI

## 2. OFICINA ASESORA DE SERVICIOS

6

NUMERO	AREA
1	Historias Clínicas
2	Gestión Ambiental
3	Salud Ocupacional
4	Seguridad del Paciente
5	Calidad
6	Biomédica
7	Comunicaciones
8	Sistemas
9	Gestión Académica

A continuación, se realiza la evaluación para la Oficina Asesora Desarrollo de Servicios

FECHA:	24/01/2023	DEPENDENCIA A EVALUAR:					
		OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS					
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b> (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.					
PROCESO	MEDICIÓN						
	INDICADORES (Cumplimiento a la meta) (a 30/09/2023)	PLANES DE MEJORA (a 31/12/2023)	PLAN DE ACCIÓN MIPG (a 30/09/2023)	POA (a 30/09/2022)	MAPA DE RIESGO DE PROCESO (a 30/06/2023)	MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION (a 31/12/2023)	TOTAL
GESTION ACADEMICA E INVESTIGATIVA	100%	98%	N. A	100%	50%	50%	80%
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	100%	74%	100%	100%	75%	100%	92%
GESTION QHSE	100%	80%	N. A	99%	100%	100%	96%
GESTION DOCUMENTAL	100%	76%	100%	N. A	80%	70%	85%
GESTIÓN TECNOLÓGICA (Biomédica)	100%	N. A	N. A	100%	80%	100%	95%
<b>PROMEDIO DE LA DEPENDENCIA</b>	<b>100%</b>	<b>82%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>77%</b>	<b>84%</b>	<b>89%</b>
<b>ANÁLISIS:</b>							



La ejecución de las actividades realizadas por la Oficina Asesora de desarrollo de servicios logró un 89% de cumplimiento, reflejando un buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior, sin embargo, se evidencian debilidades en el área de Gestión Documental, Gestión de Sistemas de Información y Comunicaciones, siendo necesario fortalecer las acciones tendientes a dar cumplimiento eficiente, eficaz y efectivo a la ejecución de controles, como insumo en la reducción y mitigación de no conformidades presentadas en el proceso.

En lo relacionado con la Gestión de Riesgos teniendo en cuenta el seguimiento a los mapas de riesgos de proceso realizado a corte 30 de junio de 2023, se puede establecer qué; en Gestión de Sistemas de Información y comunicaciones con el 75% y Gestión Académica e Investigativa con el 50% de cumplimiento, presentan algunas debilidades en la ejecución de los controles establecidos para los riesgos identificados se clasificaron como parcialmente efectivos debido a que las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.

Respecto al seguimiento de a Riesgos de Corrupción a corte 31 de diciembre 2023, se pudo establecer que la Oficina Asesora de desarrollo de servicios, cuenta con los controles definidos, los cuales le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, sin embargo se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles, para las áreas de Gestión Académica e Investigativa con el 50% y Gestión Documental con el 70%, en el cual la descripción del riesgo es adecuada, sin embargo el control es débil teniendo en cuenta que no define una periodicidad y no se ejecuta por parte del responsable.

**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	CARMEN CECILIA GARZÓN A Profesional Universitario - Auditor OACI

**3. SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO	AREA	NUMERO	AREA
1	Enfermería	22	Referencia
2	Soporte Nutricional	23	Infecciones
3	Nutrición	24	Comité de Infecciones
4	Patología	25	Gastroenterología
5	UCI Pediátrica, UCI Adulto, UCI Neonatal	26	Cirugía General
6	Epidemiología	27	Proa
7	Programa Madre Canguro	28	Proa enfermería
8	SIAU	29	Imagenología
9	Humanización	30	Anestesiología
10	Consulta Externa	31	Cirugía y Sala de Partos



11	Urgencias	32	Programación de Cirugía
12	Pediatría	33	Donación de Órganos
13	Hospitalización	34	Trombosis
14	Clínica de Heridas	35	Medico Jurídico
15	Programa Amigos del Corazón	36	Análisis de Mortalidad
16	Gineco-Obstetricia	37	Hemodinámica
17	Laboratorio Clínico y Unidad Transfusional	38	IAMI
18	Eterización	39	Unidad de Análisis Estadístico
19	Farmacia	40	Clínica Anticoagulación
20	Rehabilitación	41	Programa Obesidad (Endocrinología)
21	Clínicas Quirúrgicas	42	Teletrobolisis
		43	Rehabilitación Cardiaca

8

A continuación, se realiza la evaluación para la Subgerencia Servicios de Salud

FECHA:	24/01/2023	DEPENDENCIA A EVALUAR:					
<b>PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 015 de 2020)</b>		SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD					
		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)	PLANES DE MEJORA	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MAPA DE RIESGO DE PROCESO	MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION	TOTAL
	(a 30/09/2023)	(a 30/09/2023)	(a 30/09/2023)	(a 30/09/2022)	(a 30/06/2023)	(a 31/12/2023)	
SIAU	97%	100%	100%	100%	75%	N.A	94%
ATENCIÓN URGENCIAS	98%	N.A	N. A	100%	75%	N.A	91%
APOYO DE SERVICIOS DE SALUD	95%	88%	N. A	91%	75%	N.A	87%
GESTIÓN CLINICA	91%	100%	N. A	91%	75%	N.A	89%
GESTIÓN QUIRURGICA	89%	100%	N.A	100%	75%	N.A	91%
ENFERMERIA	85%	N. A	N. A	N.A	75%	N.A	80%
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	91%	88%	N. A	97%	75%	N.A	88%
EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	65%	N. A	N. A	N.A	100%	N.A	83%
<b>PROMEDIO</b>	<b>89%</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>	<b>78%</b>		<b>88%</b>

**ANÁLISIS:**

La ejecución de las actividades desarrolladas por la Subgerencia de servicios de salud logró en términos generales un 88% 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 en el área de Epidemiología y Salud Pública, principal insumo en la toma de decisiones por parte de la alta gerencia.

En lo relacionado con la evaluación de Seguimiento a mapas de riesgos de proceso realizado a corte 30 de junio de



2023, con una puntuación de 78%, es importante tener en cuenta que los siguientes procesos de Siau, Atención de Urgencias, Gestión Clínica, Gestión Quirúrgica, Apoyo de Servicios de Salud, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, fueron evaluados con un porcentaje de cumplimiento promedio de 75%, lo que permite evidenciar algunas debilidades respecto a la implementación de controles .

Respecto a los controles de procesos misionales en cuanto a riesgos de corrupción a corte 31 de diciembre 2023, no fueron evaluados teniendo en cuenta que no fueron identificados en el mes de diciembre 2023, por lo tanto, se verifico la estructura y el diseño de los riesgos y controles en cumplimiento de la guía, por lo que no aplica seguimiento y medición de la efectividad de los controles establecidos.

#### 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 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, asimismo deben implementar cultura de autocontrol que permitan la consecución de objetivos y actividades oportunamente documentadas evidenciando la realización de las mismas.

#### FIRMAS:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ jefe Oficina Control Interno	CARMEN CECILIA GARZÓN A Profesional Universitario - Auditor OACI

Cordialmente,

#### ORIGINAL FIRMADO

**DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ**  
Jefe Oficina Control Interno

Elaboró: Carmen C Garzón / Profesional Universitario OACI



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



8-7405030



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

