

## INFORME EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024

Elaborado por:  
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Tunja, enero de 2025



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)



## 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 auditorías 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 2024.

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”*.

La evaluación se basa en la verificación de nivel de cumplimiento por cada dependencia de las metas definidas en las fuentes información de Indicadores de Gestión, Informe de MIPG, Informe de riesgos SARLAFT presentados por la segunda línea, así como los reportes generados por tercera línea en Informes de Planes de Mejoramiento suscritos en las diferentes auditorías, Planes Operativos, Informe de Seguimiento a Riesgos de Proceso, Contables, Informáticos, Corrupción

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

## OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión de cada proceso de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja a partir de la valoración cuantitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional durante la vigencia 2024, verificando el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados, Indicadores de Gestión, Informe de MIPG, Informe de riesgos SARLAFT presentados por la segunda línea, así como los reportes generados por tercera línea en Informes de Planes de Mejoramiento suscritos en las diferentes auditorías, Planes Operativos, Informe de Seguimiento a Riesgos de Proceso, Contables,



Informáticos , Corrupción, con el fin de establecer lineamientos y correctivos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

## 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 2024).
- 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 2024).
- Evaluación de cumplimiento de los planes MIPG aplicables a cada proceso, realizado por el subproceso de planeación (Tercer trimestre 2024).
- Evaluación de cumplimiento plan operativo anual por procesos de la E.S.E hospital universitario san Rafael de Tunja realizado por la Oficina de Control Interno (tercer trimestre 2024).
- Seguimiento a Mapa de Riesgos de Gestión y Fiscales (a 30 de junio de 2024), realizado por la Oficina de Control Interno
- Seguimiento a Mapa de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno SICOFS (tercer cuatrimestre 2024). realizado por la Oficina de Control Interno
- Seguimiento a Mapa de Riesgos SARLAF (a 31 de diciembre de 2024), Realizado por gestión de riesgo Integral
- Seguimiento a Mapas de Riesgos Contables (a 30 septiembre 2024), realizado por la Oficina de Control Interno
- Seguimiento a Mapa de Riesgos Informáticos (a 30 de junio de 2024), realizado por la Oficina de Control Interno

## METODOLOGÍA

La oficina de control interno realiza calificación por procesos teniendo en cuenta la resolución No 559 de fecha 11 de diciembre 2024, "Por medio de la cual se deroga la resolución 222 de 2021 y se definen mecanismos de planeación, evaluación, y rendición de informes de gestión de la ESE Hospital



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



8-7405030



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



Universitario San Rafael de Tunja” artículo cuarto “escalas de calificación”, los rangos establecidos de medición corresponden a la siguiente escala cromática:

<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.

Adicionalmente y teniendo en cuenta lo estipulado en la resolución No 330 de fecha 01 de agosto de 2024 “Por medio de la cual se adopta el mapa de procesos y organigrama funcional de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja”, resolución que deroga la 285 de 2020, por lo anterior se realiza evaluación por dependencias a los procesos adscritos a las Subgerencia administrativa y Financiera, Subgerencia de Servicios de Salud y Oficina Asesora de Servicios.

## 1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

	<b>PROCESO</b>	<b>SUBPROCESO</b>
<b>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b>	TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO
		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	GESTIÓN FINANCIERA	CONTABILIDAD
		PRESUPUESTO
		COSTOS
		CONTABILIDAD/PRESUPUESTO
		TESORERÍA
		FACTURACIÓN
		CARTERA
		AUDITORÍA CUENTAS MEDICAS
	SERVICIOS DE APOYO	LAVANDERÍA
		ASEO Y DESINFECCIÓN
		VIGILANCIA
	GESTION DE RECURSOS FISICOS	ALIMENTACIÓN
		GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO
		GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
		GESTIÓN AMBIENTAL
	GESTION DE LA CONTRATACIÓN	GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJO
		GESTION DE LA CONTRATACIÓN
	GESTIÓN JURÍDICA	GESTIÓN JURÍDICA



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

**PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 028 de 2022):** 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	SUBPROCESO	MEDICIÓN									TOTAL
		INDICADORES (Cumplimiento a la meta)	PLANES DE MEJORA	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MAPA DE RIESGO					
						MAPA DE RIESGOS CONTABLES	MAPA DE RIESGOS GESTIÓN Y FISCALES	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SICOF	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SARLAF	MAPA DE RIESGOS INFORMÁTICOS	
PERIODICIDAD	30/09/2024	31/12/2024	30/09/2024	30/09/2024	30/09/2024	30/06/2024	tercer cuatrimestre 2024	31/12/2024	30/06/2024		
TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO 2023/2024	100%	65%	96%	99%	NA	93%	93%	100%	NA	92%
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%	NA	NA	NA	NA	78%	100%	NA	NA	93%
GESTIÓN FINANCIERA	CONTABILIDAD/PRESUPUESTO	69%	95%	NA	100%	82%	91%	100%	NA	NA	90%
	COSTOS	69%	NA	NA	100%	NA	NA	100%	NA	NA	90%
	TESORERIA	NA	NA	NA	NA	NA	88%	80%	100%	NA	89%
	CARTERA	100%	NA	NA	NA	NA	72%	80%	NA	NA	84%
	AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	71%	NA	NA	NA	NA	79%	79%	NA	NA	76%
	FACTURACION	NA	NA	NA	NA	NA	100%	100%	NA	NA	100%
SERVICIOS DE APOYO	LAVANDERÍA	85%	NA	NA	NA	NA	100%	NA	100%	NA	95%
	ASEO Y DESINFECCIÓN	85%	NA	NA	NA	NA	100%	NA	100%	NA	95%
	VIGILANCIA	85%	NA	NA	NA	NA	100%	NA	100%	NA	95%
	ALIMENTACIÓN	85%	NA	NA	NA	NA	100%	NA	100%	NA	95%
GESTION DE RECURSOS FISICOS	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO 2024	100%	50%	NA	100%	NA	100%	NA	NA	NA	88%
	GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	96%	NA	NA	100%	NA	100%	80%	NA	NA	94%
	GESTIÓN AMBIENTAL	100%	90%	NA	100%	NA	78%	100%	NA	NA	94%
	GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJO	100%	57%	NA	100%	NA	85%	93%	NA	NA	87%
GESTION DE LA CONTRATACIÓN	GESTION DE LA CONTRATACIÓN 2023/2024	NA	91%	NA	NA	NA	91%	100%	100%	NA	96%
GESTIÓN JURÍDICA	GESTIÓN JURÍDICA	100%	NA	100%	100%	NA	80%	80%	NA	NA	92%
PROMEDIO		90%	75%	98%	100%	82%	90%	91%	100%	NA	91%

Fuente: Propia información reportada segunda y tercera línea



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



8-7405030



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

Miembro de la  
Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

**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, en lo relacionado al cumplimiento en los siguientes aspectos:

- **Ejecución de la meta de Indicadores:** Teniendo en cuenta el reporte de indicadores con corte 30 de septiembre 2024, presentado por segunda línea se evidencia un cumplimiento total del 90%, presentando calificación en débil en los subprocesos de Contabilidad, Presupuesto, Costos con el 69% y Auditoría de Cuentas Medicas con el 71% de cumplimiento respectivamente.
- **Planes de mejora:** De acuerdo a lo arrojado en el informe de seguimiento a planes de mejoramiento con fecha de corte 31 de diciembre 2024, realizado por la tercera línea de defensa se evidencia un cumplimiento general del 75%, el subprocesos de Talento Humano obtiene un cumplimiento del 65% calificación moderada, adicionalmente Gestión de Ambiente Físico con cumplimiento del 50% y gestión de suministros y activos fijos el 57%, respectivamente, presentan calificación débil.
- **Plan de Acción MIPG:** Reporte segunda línea, con fecha de corte tercer trimestre 2024, se observa una calificación fuerte en todos los procesos intervinientes, con un 98% de cumplimiento.
- **Informe de Seguimiento a Plan Operativo Anual:** Reporte segunda línea, con corte a 30 de septiembre 2024, se observa una calificación fuerte en todos los procesos intervinientes, con un 100% de cumplimiento.
- **Mapa de Riesgos Contables:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de proceso a corte 30 de septiembre de 2024, se pudo establecer que, para la Subgerencia administrativa y financiera, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos, presentando una calificación del 82% de cumplimiento, se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles en el Área Financiera.
- **mapa de riesgos gestión y fiscales:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de gestión y fiscales con corte a 30 de junio de 2024, se pudo establecer que para la Subgerencia administrativa y financiera los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos presentando un cumplimiento del 90%, sin embargo se evidencia en los sub procesos de Cartera, Auditoria Medica y Gestión Ambiental una calificación moderada, presentando algunas debilidades en la ejecución de los controles establecidos para los riesgos identificados.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SICOF:** En el seguimiento a Riesgos de Corrupción a corte a tercer cuatrimestre 2024, 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, con un cumplimiento del 91%, sin embargo, se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles en el área de Auditoria Medicas la cual presenta una calificación moderada.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SARLAF:** En el seguimiento a la matriz de riesgos SARLAF, con corte 31 de diciembre 2024 realizado por la segunda línea de defensa, se puede establecer un cumplimiento del 100%.



- **Mapa de Riesgos Informáticos:** De acuerdo al informe realizado por tercera línea con fecha de corte 30 de junio 2024, para este componente no se presentan riesgos de esta índole asociados a los procesos de la subgerencia Administrativa y Financiera.

## 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.
- Fortalecer las actividades de autocontrol de los diferentes procesos para mitigar las debilidades presentadas y optimizar los resultados.

## 2. SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

	PROCESO	SUBPROCESO	
SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	<b>ATENCION DE URGENCIAS</b>	URGENCIAS	
		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
	<b>ATENCION AMBULATORIA</b>	CONSULTA EXTERNA	
		PEDIATRIA	
		GASTROENTEROLOGIA	
		CIRUGIA GENERAL	
		UCI PEDIATRICO	
	<b>ATENCION HOSPITALARIA</b>	UCI NAONATAL	
		UCI ADULTOS	
		GINECOOBTETRICIA	
		SALAS DE CIRUGIA.	
	<b>QUIROFANOS</b>	ESTERILIZACION	
		ANESTESIOLOGIA	
		PROGRAMACION DE CIRUGIA	
		SALUD PUBLICA(EPIDEMIOLOGIA)	
	<b>GESTION PREVENTIVA Y PREDICTIVA</b>	PROGRAMAS INSTITUCIONALES	MADRE CANGURO
			PROGRAMA POR TU PIEL
			AMIGOS DEL CORAZON
			ESTRATEGIA IAMII
			CLINICA ANTICOAGULACION
			CLINICA OBESIDAD
			TROMBOLISIS
			TELETROMBOLISIS
REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR			



		PROGRAMA DE HIPOTERMIA
		PROGRAMA DE EGRESO SEGURO Y SEGUIMIENTO POS EGRESO
		COMITÉ INFECCIONES MEDICO
		COMITÉ INFECCIONES ENFERMERIA
		PROA MEDICO
		PROA ENFERMERIA
	<b>GESTION FARMACEUTICA</b>	PROA – QUIMICO FARMACEUTICO
		FARMACIA
	<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	PATOLOGIA
		LABORATORIO CLINICO, MICROBIOLOGÍA Y GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL
		RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS E RADIOLOGIA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS E INTERVENCIONISMO
	<b>APOYO TERAPEUTICO</b>	NUTRICION
		REHABILITACION
		HEMODINAMIA
	<b>ENFERMERIA</b>	ENFERMERIA
	<b>SISTEMAS DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO-SIAU</b>	SIAU
		HUMANIZACION
	<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	SEGURIDAD DEL PACIENTE
<b>DOCENCIA DE SERVICIO</b>	DOCENCIA DE SERVICIO	
<b>INVESTIGACION</b>	INVESTIGACION	

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

**PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 028 de 2022):** 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	SUBPROCESO	MEDICIÓN									TOTAL
		INDICADORES (Cumplimiento a la meta)	PLANES DE MEJORA	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MAPA DE RIESGO					
						MAPA DE RIESGOS CONTABLES	MAPA DE RIESGOS GESTIÓN Y FISCALES	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SICOF	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SARLAF	MAPA DE RIESGOS INFORMATICOS	
<b>PERIODICIDAD</b>		30/09/2024	31/12/2024	30/09/2024	30/09/2024	30/09/2024	30/06/2024	tercer cuatrimestr e 2024	31/12/2024	ANUAL 30/06/2024	
<b>ATENCION DE URGENCIAS</b>	URGENCIAS	96%	NA	NA	88%	NA	100%	NA	NA	79%	91%
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	58%	NA	NA	88%	NA	100%	NA	NA	79%	81%
<b>ATENCION AMBULATORIA</b>	CONSULTA EXTERNA	100%	NA	NA	90%	NA	79%	100%	NA	79%	90%
	PEDIATRIA	73%	NA	NA	90%	NA	NA	NA	NA	NA	82%
	GASTROENTEROLOGIA	100%	NA	NA	90%	NA	NA	NA	NA	NA	95%
	CIRUGIA GENERAL	100%	NA	NA	90%	NA	NA	NA	NA	NA	95%
<b>ATENCION HOSPITALARIA</b>	UCI PEDIATRICO	100%	NA	NA	80%	NA	NA	NA	NA	NA	90%
	UCI NAONATAL	100%	NA	NA	80%	NA	NA	NA	NA	NA	90%
	UCI ADULTOS	93%	NA	NA	80%	NA	100%	NA	NA	NA	91%
	GINECOOBTRICIA	86%	NA	NA	80%	NA	NA	NA	NA	NA	83%
	ATENCION HOSPITALARIA	63%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	63%



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



8-7405030



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



SC-CER906254

SA-CER560814

OS-CER559527

ISO 9001 ALCANCE PROGRAMA MADRE CANGURO

<b>QUIROFANOS</b>	SALAS DE CIRUGIA.	100%	NA	NA	81%	NA	NA	100%	NA	NA	94%	
	ESTERILIZACION	100%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	91%	
	ANESTESIOLOGIA	100%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	91%	
	QUIROFANOS	90%	NA	NA	81%	NA	100%	NA	NA	NA	90%	
	PROGRAMACION DE CIRUGIA	100%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	91%	
<b>GESTION PREVENTIVA Y PREDICTIVA</b>	SALUD PUBLICA(EPIDEMIOLOGIA)	97%	78%	NA	81%	NA	79%	NA	NA	NA	84%	
	PROGRAMAS INSTITUCIONALES	MADRE CANGURO	94%	NA	NA	81%	NA	79%	NA	NA	NA	85%
		PROGRAMA POR TUPIEL	92%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	87%
		AMIGOS DEL CORAZON	100%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	91%
		ESTRATEGIA IAMII	80%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	81%
		CLINICA ANTICOAGULACION	100%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	91%
		CLINICA OBESIDAD	83%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	82%
		TROMBOLOSIS	100%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	91%
		TELETROMBOLISIS	83%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	82%
		REHABILITACION CARDIOVASCULAR	83%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	82%
		PROGRAMA DE HIPOTERMIA	100%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	91%
	CLINICA DE HERIDAS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	PROGRAMA DE EGRESO SEGURO Y SEGUIMIENTO POS EGRESO	80%	NA	NA	81%	NA	NA	NA	NA	NA	81%	
	COMITE INFECCIONES MEDICO	95%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	95%	
	COMITE INFECCIONES ENFERMERIA	99%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	99%	
PROA MEDICO	100%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%		
PROA ENFERMERIA	100%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%		
<b>GESTION FARMACEUTICA</b>	PROA - QUIMICO FARMACEUTICO	100%	NA	NA	80%	NA	NA	N/A	N/A	N/A	90%	
	FARMACIA	100%	100%	NA	80%	NA	87%	85%	100%	100%	93%	
<b>APOYO</b>	PATOLOGIA	100%	NA	NA	100%	NA	NA	NA	NA	NA	100%	



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



8-7405030



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

<b>DIAGNOSTICO</b>	LABORATORIO CLINICO, MICROBIOLOGÍA Y GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	99%	NA	NA	100%	NA	100%	NA	NA	79%	95%
	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS E RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIÓN	100%	NA	NA	100%	NA	NA	NA	NA	79%	93%
<b>APOYO TERAPEUTICO</b>	NUTRICION	100%	NA	NA	100%	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	REHABILITACION	71%	NA	NA	100%	NA	NA	NA	NA	NA	86%
	HEMODYNAMIA	100%	NA	NA	100%	NA	NA	NA	NA	NA	100%
<b>ENFERMERIA</b>	ENFERMERIA	96%	NA	NA	100%	NA	100%	NA	NA	NA	99%
<b>SISTEMAS DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO-SIAU</b>	SIAU	100%	NA	100%	100%	NA	100%	100%	NA	NA	100%
	HUMANIZACION	100%	NA	NA	100%	NA	100%	100%	NA	NA	100%
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	SEGURIDAD DEL PACIENTE	97%	NA	NA	94%	NA	78%	NA	NA	NA	90%
<b>DOCENCIA DE SERVICIO</b>	DOCENCIA DE SERVICIO	NA	NA	NA	100%	NA	70%	NA	NA	NA	85%
<b>INVESTIGACION</b>	INVESTIGACION	NA	NA	NA	NA	NA	70%	70%	100%	NA	80%
<b>PROMEDIO</b>		<b>93%</b>	<b>89%</b>	<b>100%</b>	<b>87%</b>	<b>NA</b>	<b>89%</b>	<b>93%</b>	<b>100%</b>	<b>83%</b>	<b>92%</b>

Fuente: Propia información reportada segunda y tercera línea

**ANÁLISIS:** La ejecución de las actividades desarrolladas por la Subgerencia de servicios de salud logró en términos generales un 92% de cumplimiento, manteniendo el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior, en lo relacionado al cumplimiento en los siguientes aspectos:

- **Ejecución de la meta de Indicadores:** Teniendo en cuenta el reporte de indicadores con corte 30 de septiembre 2024, presentado por segunda línea se evidencia un cumplimiento total del 93%, presentando calificación débil en el subproceso de Referencia y Contra referencia con el 50% de cumplimiento y moderada para los subprocesos de Rehabilitación con el 71% y Atención Hospitalaria con el 63% de cumplimiento, por lo que se recomienda fortalecer las acciones tendientes a dar cumplimiento eficiente, eficaz y efectivo a la ejecución de controles.
- **Planes de mejora:** De acuerdo a lo arrojado en el informe de seguimiento a planes de mejoramiento realizado por la tercera línea, con fecha de corte 31 de diciembre 2024, se evidencia un cumplimiento general del 89%, observando que el subproceso de epidemiología y salud pública con el 78% presentan calificación moderada.
- **Plan de Acción MIPG:** Reporte segunda línea con fecha de corte tercer trimestre 2024 se observa una calificación fuerte en todos los procesos intervinientes, con un 100% de cumplimiento.



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



8-7405030



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



- **Informe de Seguimiento a Plan Operativo Anual:** Reporte segunda línea, con corte a 30 de septiembre 2024, se observa una calificación fuerte en todos los procesos intervinientes, con un 89% de cumplimiento.
- **Mapa de Riesgos Contables:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de proceso a corte 30 de septiembre de 2024, para este componente no se presentan riesgos de esta índole asociados a los procesos de la Subgerencia de Servicios de Salud.
- **Mapa de riesgos gestión y fiscales:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de gestión y fiscales con corte a 30 de junio de 2024, la Subgerencia de Servicios de Salud obtuvo un cumplimiento del 89%, es importante tener en cuenta que los siguientes subprocesos Consulta externa, Salud Pública y Epidemiología, Seguridad del Paciente, Docencia del Servicio e Investigación, así como el Programa de madre Canguro, fueron evaluados con una calificación moderada, lo que permite evidenciar algunas debilidades respecto a la implementación de controles .
- **Mapa de Riesgo de Proceso SICOF:** En el seguimiento a Riesgos de Corrupción a corte a tercer cuatrimestre 2024, se pudo establecer que la Subgerencia de Servicios de Salud, presenta un cumplimiento del 93%, sin embargo, el subproceso de Investigación obtuvo una calificación moderada con el 70% de cumplimiento, se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles definidos los cuales le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SARLAF:** En el seguimiento a la matriz de riesgos SARLAF, con corte 31 de diciembre 2024 realizado por la segunda línea, se puede establecer un cumplimiento del 100%.
- **Mapa de Riesgos Informáticos:** De acuerdo al informe realizado por tercera línea con fecha de corte 30 de junio 2024, para este componente la Subgerencia de Servicios de Salud presenta un cumplimiento del 83%, los subproceso de Urgencias, Consulta Externa, Referencia y Contra Referencia, Laboratorio Clínico, Microbiología, Gestión Pre Transnacional, Radiología, Imágenes Diagnosticas e Intervencionismo obtuvieron una calificación moderada con cumplimiento del 79%, por lo que se recomienda fortalecer los controles implementados.

## 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 actividades de autocontrol de los diferentes procesos para mitigar las debilidades presentadas y optimizar los resultados.

### 3. OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

	PROCESO	SUBPROCESO
OFICINA ASESORA DE SERVICIOS	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GESTION DOCUMENTAL
		TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
		COMUNICACIONES Y MEDIOS
	GESTION DE CALIDAD	INFORMACION PARA LA CALIDAD
		AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO
		HABILITACION
		ACREDITACION
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PLANEACION
		GESTION COMERCIAL
		GESTION DEL RIESGO INTEGRAL

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

**PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 028 de 2022):** 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	SUBPROCESO	INDICADORES (Cumplimiento a la meta)	PLANES DE MEJORA	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MEDICIÓN					TOTAL
						MAPA DE RIESGO					
PERIODICIDAD		30/09/2024	31/12/2024	30/09/2024	30/09/2024	30/09/2024	30/06/2024	tercer cuatrimestre 2024	31/12/2024	30/06/2024	
GESTION DE LA INFORMACION	GESTION DOCUMENTAL	100%	100%	100%	NA	NA	100%	85%	NA	NA	97%
	TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	100%	NA	100%	NA	NA	100%	100%	NA	98%	100%
	COMUNICACIONES Y MEDIOS	100%	NA	50%	NA	NA	100%	NA	NA	NA	83%
GESTION DE CALIDAD	INFORMACION PARA LA CALIDAD	75%	NA	NA	100%	NA	100%	85%	NA	NA	90%
	AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO	NA	NA	NA	100%	NA	100%	85%	NA	NA	95%
	HABILITACION	NA	NA	NA	100%	NA	100%	85%	NA	NA	95%
	ACREDITACION	NA	NA	NA	100%	NA	100%	85%	NA	NA	95%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PLANEACION	NA	NA	100%	NA	NA	94%	NA	100%	NA	98%
	GESTION COMERCIAL	NA	NA	NA	NA	NA	94%	100%	100%	NA	98%
	GESTION DEL RIESGO INTEGRAL	NA	NA	NA	NA	NA	94%	NA	100%	NA	97%
<b>PROMEDIO</b>		<b>94%</b>	<b>100%</b>	<b>88%</b>	<b>100%</b>	<b>NA</b>	<b>98%</b>	<b>89%</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>	<b>96%</b>



**Fuente:** Propia información reportada segunda y tercera línea

**ANÁLISIS:** La ejecución de las actividades realizadas por la Oficina Asesora de desarrollo de servicios logró un 96% de cumplimiento, reflejando un buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior, en lo relacionado al cumplimiento en los siguientes aspectos:

- **Ejecución de la meta de Indicadores:** Teniendo en cuenta el reporte de indicadores con corte 30 de septiembre 2024, presentado por segunda línea se evidencia un cumplimiento total del 94%, sin embargo, se observa una calificación moderada en el subproceso de Calidad con un cumplimiento del 75%, por lo que se recomienda fortalecer las acciones tendientes a dar cumplimiento eficiente, eficaz y efectivo a la ejecución de controles.
- **Planes de mejora:** De acuerdo a lo arrojado en el informe de seguimiento a planes de mejoramiento realizado por la tercera línea, con fecha de corte 31 de diciembre 2024, se evidencia un cumplimiento general del 100%, presentando una calificación fuerte.
- **Plan de Acción MIPG:** Reporte segunda línea con fecha de corte tercer trimestre 2024, con un 88% de cumplimiento, sin embargo, se observa una calificación débil en el subproceso de Comunicaciones y Medios con un 50% de cumplimiento, 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 sub proceso.
- **Informe de Seguimiento a Plan Operativo Anual:** Reporte segunda línea, con corte a 30 de septiembre 2024, se observa una calificación fuerte en todos los procesos intervinientes, con un 100% de cumplimiento.
- **Mapa de Riesgos Contables:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de proceso a corte 30 de septiembre de 2024, para este componente no se presentan riesgos de esta índole asociados a los procesos de la Oficina Asesora de desarrollo de servicios.
- **Mapa de Riesgos Gestión y Fiscales:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de gestión y fiscales con corte a 30 de junio de 2024, se pudo establecer que para la Oficina Asesora de desarrollo de servicios los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos, presentando un cumplimiento del 98% calificación fuerte.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SICOF:** En el seguimiento a Riesgos de Corrupción a corte a tercer cuatrimestre 2024, 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, con un cumplimiento del 89%, sin embargo, se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles implementados.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SARLAF:** En el seguimiento a la matriz de riesgos SARLAF, con corte 31 de diciembre 2024 realizado por la segunda línea, se puede establecer un cumplimiento del 100%.



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



8-7405030



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



- **Mapa de Riesgos Informáticos:** De acuerdo al informe realizado por tercera línea con fecha de corte 30 de junio 2024, para este componente la Oficina Asesora de desarrollo de servicios presenta un cumplimiento del 98%.

**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 Oficina Asesora de Servicios, 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 actividades de autocontrol de los diferentes procesos para mitigar las debilidades presentadas y optimizar los resultados.
- Se sugiere realizar articulación con el área de Planeación, con el fin de lograr un alcance de mayor cobertura de información de los diferentes procesos, en aras de realizar una evaluación por dependencias más efectiva y realizar seguimientos continuos, que mitiguen las debilidades presentadas y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.

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