



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES ESE

INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTION POR DEPENDENCIAS PERIODO ENERO – DICIEMBRE DE 2022

CONTROL INTERNO DE GESTION

IPIALES, FEBRERO 02 DE 2023

INTRODUCCION

La oficina de control interno del Hospital Civil de IpiALES en cumplimiento a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y la circular 04 de 2005 emitida 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 con base en el informe de Indicadores vigencia 2022 entregado por la oficina de Planeación el día 29 de Enero y el 01 de febrero de 2023, se ha consolidado en el presente informe el resultado de la gestión de los procesos del Hospital, en cumplimiento de los objetivos institucionales para la vigencia 2022.

OBJETIVO

Verificar para cada proceso del Hospital Civil de IpiALES ESE el cumplimiento de los compromisos adquiridos o formulados y que estos redunden en el cumplimiento de los objetivos institucionales, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022.

ALCANCE

Verificar la gestión de los 17 procesos del HCI ESE de conformidad con el acuerdo No. 020 de 2016 Manual de Funciones y de Competencias laborales, a partir del seguimiento realizado por la oficina de Planeación a los indicadores de la vigencia 2022, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022.

NORMATIVIDAD APLICABLE

- 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:

- Decreto 2539 de 2000. "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999. Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial"
- 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 establece que: "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".

METODOLOGIA

Con base en el informe de Indicadores vigencia 2022 entregado por la oficina de Planeación se consolida la información para el diligenciamiento del formato Evaluación de la Gestión por Dependencias. Finalmente se entrega a la Gerencia el informe consolidado con recomendaciones generales, y se publica en la página web del Hospital.

DESARROLLO DEL INFORME

Para efectuar el presente informe de evaluación por dependencias, la oficina de Control Interno de Gestión tomó como referente la información registrada en los Indicadores vigencia 2022 entregada por la oficina de Planeación.

HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno

1. Fecha: 20/01/2023

2. Dependencia a evaluar: Direccionamiento Estratégico

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales
- Lograr mediante Gestión adecuada de recursos niveles de eficiencia que permitan sostenibilidad y competitividad institucionales.
- Ampliar la Integralidad y resolutiveidad en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
% Cumplimiento de Autodiagnósticos	80%	Los resultados de los autodiagnósticos realizados están reportados a cada uno de los líderes de política y conjuntamente con los resultados de FURAG, con respecto a autoevaluación se incrementó a 71 Puntos el resultado de línea de base de 69.
Índice de desempeño HCI según Medición FURAG.	100%	El resultado FURAG tenemos un índice de 67,3 encontrando un incremento de 2,3 puntos, es importante aclarar que DAFP mide el reporte FURAG año a año y los resultados del año anterior son entregados a mediado de la vigencia siguiente, por lo que para cerrar los informes anuales se tendrán en cuenta estos datos ya que no están disponibles oficialmente hasta que son publicado en la página de Función Pública.

% cumplimientos indicadores de gestión clínica o asistencial de Resolución 408 de 2018	100%	Los indicadores de Gestión Clínica que se evalúan en la Resolución 408, son los No. 12 a 20, los cuales se encuentran en cumplimiento de acuerdo a la meta establecida por la resolución, los indicadores medidos son: 1. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación; 2. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.; 3. Oportunidad en la realización de Apendicetomía; 4. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspiratorias de origen intrahospitalario y variación interanual. ; 5. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de infarto Agudo de Miocardio (IAM); 6. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.; 7. Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.; 8. Oportunidad en la atención Obstétrica.; 9. Oportunidad en la atención de medicina interna. En total de 9 indicadores todos cumplen la calificación de 5 puntos para un % de 100% en el indicador, calificando el componente de Gestión Clínica como satisfactorio.
Servicios Habilitados con Normatividad Vigente	100%	Actualmente el Hospital civil de IpiALES tiene habilitado el 100% de los servicios que presta, se encuentra en proyecto de habilitar el servicio de patología, así como el alcance en la certificación de Central de Mezclas y Gases medicinales.

% cumplimiento de planes de Humanización Institucionales	100%	El programa de humanización desde 20020, a raíz de la pandemia se adecuo al contexto de normalidad llamándolo "cuidamos con amor" y ahora desde 2022, se retoman las actividades y programaciones del inicialmente expuesto dentro del marco de la política, Las estrategias y actividades de Cuidamos con Amor se están realizando sin dificultad, generando un impacto positivo tanto en pacientes y sus familias como en colaboradores, para este trimestre se reforzó en temas como comunicación asertiva, liderazgo y trabajo en equipo en especial con Especialistas, evidenciando una disminución de quejas considerable en relación a trato digno. Las actividades programas se fortalecen con la contratación de Clown Hospitalario para generar un ambiente sano, en donde con actividades lúdicas, recreativas se genera concientización y psicoeducación a pacientes y sus familias del cuidado no solo físico sino también mental. Además de la entrega de incentivos para Colaboradores para el cumplimiento y difusión del Código de Integridad.
--	------	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Los Indicadores planteados para la vigencia 2022 se cumplieron en un 96%, siendo un porcentaje muy satisfactorio, sin embargo, dentro del Manual de funciones y competencias laborales se tiene fijado como objetivo para este proceso el siguiente "Vincular a la organización con el entorno, proveerle noción de largo plazo, lograr la solidaridad de actores para el logro de los propósitos comunes".

En este sentido no se pudo evidenciar un indicador que apuntara al logro de estos objetivos.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Propender y hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento.
- Apoyar y gestionar el desarrollo del modelo integrado de planeación y gestión MIPG y MECI – modelo estándar de control interno, bajo el nuevo marco normativo para las entidades territoriales.
- El direccionamiento estratégico encabeza de gerencia, la cual tiene 9 funciones esenciales dentro del Manual de funciones, en este sentido se exhorta a direccionamiento, fortalecer la función "definir las políticas relacionadas con el manejo del Talento Humano, Planeación, Atención al Usuario y Participación Social, Comunicaciones, Jurídica, Control Interno, Recursos Físicos, Financieros y de Sistemas de Información y demás procesos transversales que permitan el adecuado funcionamiento de la entidad.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Gestión de Calidad	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Porcentaje de avance en la matriz de auto apreciación	100%	Según evaluación de secretaría de salud estamos en el 89% con corte a 08 de noviembre de 2022.Se realizó último comité el 25 de octubre, dotación de la sala, fortalecer el paso 2 de IAMI, y el paso entrada de familiar al parto.	
Guías de práctica clínica implementadas	100%	Las Guías aprobadas en la vigencia 2022 fueron: - Cardiopatía ionizante y no ionizante. -Recién nacido prematuro -Trastorno mixto de ansiedad y depresión -Dificultad respiratoria del recién nacido -Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido, las cuales se encuentran socializadas, se programa la medición de adherencia en la vigencia 2023.	
Acreditación y Certificación bajo la norma ISO 9001/2015	100%	Informe de Acreditación reportado como entidad Acreditada; informe de certificación ISO 9001/2015 satisfactorio y PAMEC en 94% de cumplimiento	
Porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas en cada indicador asociado al cumplimiento de la Resolución 408 con responsabilidad del proceso de sistemas de gestión.	100%	En la vigencia 2022 se encuentra que los 2 indicadores de responsabilidad de Sistema Integrado de Gestión se cumple según lo estipulado en la Resolución 408 de 2018, es así que para el Mejoramiento Continuo de Calidad a Entidades Acreditadas, el puntaje que se obtiene es de 5 Puntos por obtener nuevamente la Acreditación en salud y para el indicador Efectividad para el mejoramiento continuo de la calidad en salud, se obtiene que el PAMEC está en 94%, por lo que el puntaje a obtener es de 5 puntos por superar la meta de cumpliendo del PAMEC, obteniendo la máxima calificación posible. .	

% de gestión de eventos adversos	100%	En el total de la a vigencia, se puede observar que comparado con el año 2021 se redujo el n número de eventos adversos en 4, ya que el reporte que se tiene para 2021 es de un total de Para el presente trimestre de 2022 se encuentran 55 eventos adversos, para el mismo periodo del año 2021 218 eventos, y para 2022 207 encontrando una disminución de 11 eventos, los indicadores de gestión de eventos adversos tenemos un promedio de indicador de 92,8% para el año 2022, lo que significa que se ha cumplido con la meta propuesta.
Porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas en cada indicador asociado a la meta operativa tendientes a reducir las infecciones asociadas a la atención en salud	100%	Gracias a las acciones que en la vigencia 2022 se realizaron para garantizar el cumplimiento de Para este periodo continua con las actividades programadas como capacitaciones, rondas para hacer seguimiento a estas estrategias, y la medición de indicadores. Indicadores con seguimiento y cargue en DARUMA., Higiene de manos86, 324%; Aislamiento de 92,358 %; Tasa de infecciones 0.05 promedio anual para el año 2022 cumpliendo con la meta.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

El cumplimiento de los 6 indicadores de este proceso según lo reportado por la oficina de Planeación es del 100%. Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene definido como objetivo para este proceso el siguiente: "Establecer, Documentar, Implementar y Mantener el Sistema de Gestión de Calidad, Mejorando Permanentemente su eficacia".

Este proceso ha dado cumplimiento muy satisfactorio tanto a los indicadores como al objetivo establecido en el Manual de Funciones y Competencias Laborales.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Tomar en cuenta las evaluaciones externas para una mejora continua y permanente de los procesos.
- Fortalecer el liderazgo y participación de los colaboradores.
- Evaluar continuamente los procesos misionales.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Sistema Integrado de Atención al Cliente	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Software para sistematizar reporte de referencia y Contrareferencia.	100%	En la vigencia 2022 se inició con el diseño conjunto con el equipo de TIC, se encuentra el 100% realizado, se ajustaron las correcciones que Auditoría Médica Sugirió se inició con el proceso de cargue de información para genera y hacer las pruebas de los reportes.	
Encuesta de EIC en Software desarrollada	100%	Para la ejecución de la meta se inició con la revisión del formulario en Google formas con sistemas Se hizo pruebas piloto de FO 1107 y FO1452, de las cuales salieron los ajustes que fueron subsanados.	
% Cumplimiento al Plan de Trabajo de la Política de Servicio al Ciudadano	30%	Sin avance pendiente respuesta de viabilidad de desarrollo de Política según FURAG por parte de la Oficina de planeación, la base para el plan de trabajo se realizará con las recomendaciones de los resultados FURAG 2021 que fueron publicados en DAFP en el mes de Julio de 2022, es necesario priorizar las acciones desde la viabilidad técnica y financiera de la entidad, el reporte índice FURAG para la vigencia 2021 fue de 60, 6 notando una disminución con respecto al dato de 2020 donde se obtuvo 72,3 notando una disminución de 11.7 puntos.	

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Según el acuerdo No. 20 de 2016 a este proceso se lo denomina como “Sistema Integrado de atención al cliente, este proceso tuvo un total de tres indicadores y un cumplimiento global del proceso de 76.66% en la vigencia 2022 según lo reportado por la oficina de Planeación.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Facilitar el acceso a los diferentes procesos asistenciales, medir la satisfacción del usuario de los servicios recibidos y establecer las condiciones de prestación de servicios a través de la contratación”.

Aunque el proceso no definió indicadores para el cumplimiento de los objetivos del Manual de Funciones, en los informes de PQRSF elaborados por este proceso, existe una medición de la satisfacción del usuario.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Fortalecer las actividades que conlleven a la disminución progresiva de PQR en falta de calidez y trato digno.
- En lo posible establecer el acompañamiento del paciente para los trámites administrativos.
- Se debe caracterizar el proceso de dirección de atención al usuario, documentando la manera en que articula su labor con los procesos a su cargo.
- Continuar con el mejoramiento en la oportunidad de las respuestas a sus peticiones.
- Elaborar los informes trimestrales de PQRSF más oportunamente.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Internación	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Mejorar las competencias del talento humano			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Fortalecer las competencias del talento humano en cuanto a la atención humanizada, con el fin de mejorar la satisfacción del usuario y su familia y el trabajo en equipo.	100%	% satisfacción de Usuario: El resultado del Indicador es positivo para la vigencia, se obtiene el resultado en función que es superior a la meta planteada, se obtiene un 97.7% de satisfacción, actualmente el indicador tuvo una modificación que es nivel de experiencia del usuario y su familia con la atención recibida.	
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar control y seguimiento directo a los diferentes procesos asistenciales, medir la satisfacción del usuario de los servicios recibidos y establecer las condiciones de prestación de servicios a través de la contratación”. Como se puede deducir con un solo indicador para este macro proceso no se puede establecer una evaluación de las diferentes actividades ejecutadas en la vigencia 2022.			
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: - Establecer más indicadores de tal manera que reflejen y midan el trabajo que se ejecuta dentro de este proceso que abarca una parte muy importante de la actividad misional de la institución como es: Ginecobstetricia, Hospitalización General, Medicina Interna, Pediatría, Quirúrgicas. - Se debe tener mucho cuidado en la definición de los indicadores, un indicador debe ser definido en términos precisos, para nada ambiguos, deben ser cuantificables y que proporcionen información confiable, y por otro lado medibles en periodos de tiempo.			
8. Firmas:			

1. Fecha: 20/01/2023

2. Dependencia a evaluar: Atención de Urgencias

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia

Ampliar la Integralidad y resolutividad en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
% de cambio de mobiliario deteriorado en el servicio de urgencias	100%	En la priorización se identificó y se asignó desfibrilador nuevo, se cambian 20 camas con mesa de alimentación, entregaron 10 monitores entregados y operando con normalidad, meta cumplida para 2022.
Porcentaje de cumplimiento de requisitos de habilitación de TAB Y TAM	40%	Se tiene elaborado el diseño, sin embargo por motivos presupuestales en la vigencia 2022 no se surtió ni el proceso de selección ni contratación, meta que deberá reprogramarse para la vigencia 2023.
Porcentaje de cumplimiento a la adecuación del área administrativa de urgencias	100%	Meta cumplida, se entregó las instalaciones mejoradas de área administrativa de urgencias.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Prestar la atención inicial de urgencias a todo usuario que solicite el servicio, propendiendo por el mejor pronóstico y calidad de vida”.

En los tres indicadores establecidos para el proceso no se identificó alguno que apuntara al logro del objetivo establecido en el Manual de Funciones.

El cumplimiento de los tres indicadores definidos en el proceso para la vigencia 2022 tuvo un cumplimiento del 80%.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Se recomienda para los indicadores de la vigencia 2023 incluir al menos un indicador que tenga que ver con la resolución 5596 de 2015 que es de obligatorio cumplimiento.

Reforzar la oportunidad en la atención y la importancia de un buen diagnóstico.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Atención ambulatorio	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Ampliar la integralidad y resolutividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
% de avance en la implantación Madre Canguro	100%	En la presente vigencia se realizó la preparación para la adecuación y puesta en funcionamiento del programa madre canguro, se identificaron las necesidad de dotación, infraestructura, proceso asistenciales y demás; el área asignad inicialmente no cumplía con las condiciones necesarias para habilitación este proceso sin embargo se tiene contemplado ubicarla dentro de otra área del HCI, con el apoyo de equipo de Planeación, la etapa de planeación programa corresponde al 60% de la meta, se contempla ejecutar y poner en funcionamiento el servicio en la vigencia 2023.	
Oportunidad en la asignación de citas médicas	100%	Con corte al mes de diciembre de 2022, todos lo indicadores cumplen con la meta establecida, de 7 monitoreados de los servicios de consulta externa de Cirugía, ginecología, obstetricia, medicina interna, pediatría, subespecialidades y terapia respiratoria.	

% de demanda insatisfecha	100%	Durante el mes de diciembre, el indicador cumple la meta establecida obteniendo un 14.2% ya que fueron atendidos 3567 usuarios y se registran una no atención oportuna de 510 pacientes, observándose una disminución en la demanda insatisfecha en relación al mes de noviembre, donde se registró una demanda insatisfecha de 652 usuarios para este mes se evidencia demanda insatisfecha en las siguientes especialidades: urología 241 pacientes, neurocirugía 95 pacientes, otorrinolaringología 159 pacientes, nefrología 12 pacientes, Dermatología 3 pacientes para crioterapia, Teniendo en cuenta que la demanda insatisfecha ha disminuido se continua con los acuerdos con algunas especialidades en ampliar agenda para seguir cumpliendo la meta, se observa que en el promedio del año se encuentra en 20,45 aunque se inició el año con indicadores que no cumple, al finalizar y ya con los comprados adquiridos con especialista se logra avanzar con el cumplimiento de la meta.
---------------------------	------	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar atención especializada al usuario con algún problema de salud a través de servicios ambulatorios con personal calificado y tecnología apropiada, organizados en un portafolio de servicios de II y III nivel de complejidad que faciliten al usuario ser estudiado, diagnosticado, tratado o rehabilitado”.

Para este proceso se definieron tres indicadores para la vigencia 2022 con un cumplimiento del 100% según reporte de Planeación, porcentaje muy satisfactorio.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Buscar alternativas para reducir el porcentaje de demanda insatisfecha.
- Buscar alternativas eficientes y eficaces para reducir el tiempo de espera para la atención de pacientes.
- Establecer indicadores que evalúan los tiempos en la asignación de citas.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023

2. Dependencia a evaluar: Cirugía y atención de partos.

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Ampliar la Integralidad y resolutividad en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Porcentaje de Adquisición de 2a. Máquinas de anestesia para el proceso de Cirugía y Atención de Partos.	100%	Se adquirió la máquina de anestesia, la cual está funcionando con normalidad y en condiciones controladas de mantenimiento y seguridad.
Monitores Fetales Instalados	100%	Meta cumplida en la vigencia se hizo entrega de los monitores fetales.
Electrobisturí Quirúrgico Bipolar instalados	100%	Meta cumplida en la vigencia se hizo entrega de los electrobisturíes requeridos
Reposición y Adquisición 100% de un ecógrafo 3D con transductor lineal.	100%	Meta cumplida, se asignó un ecógrafo portátil del proceso de Imagenología, asignado al proceso de Cirugía y UCI permanentemente, equipo de última tecnología nuevo, con todos los transductores.
Porcentaje de cumplimiento en la adquisición de Instrumental Quirúrgico y de Laparoscopia.	70%	Se entrega el 70% del instrumental que se solicitó, se plantea programar para la próxima vigencia el porcentaje restante.
Porcentaje de cumplimiento en la estructuración del proyecto de renovación ni adquisición de autoclave para la central de esterilización	100%	Proyecto actualizado con valores 2022, se ajustó a la metodología está incluido con un valor total de \$7.801.891.510, se requiere financiación de recursos del orden departamental que al parecer se pueden acceder en la próxima vigencia (2023)
Gestionar el 100% para renovación y adquisición de autoclaves para la central de esterilización (Una autoclave a vapor y una autoclave de baja temperatura)	70%	Se entrega el 70% del instrumental que se solicitó, se plantea programar para la próxima vigencia el porcentaje restante.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Atender con calidad a usuarios quirúrgicos, madres y recién nacidos en los momentos más importantes de la salud del ser humano, brindando los mejores cuidados del equipo médico y de enfermería que laboran en cirugía y atención de partos”.

En el Proceso se definieron 7 indicadores con un cumplimiento del 91.42%, indicadores que se encaminaron única y exclusivamente a la compra de equipos, no se estableció ningún indicador que midiera la gestión del proceso.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Se debe tener mucho cuidado en la definición de los indicadores, un indicador debe ser definido en términos precisos, para nada ambiguos, deben ser cuantificables y que proporcionen información confiable, y por otro lado medibles en periodos de tiempo.
- El objetivo de los indicadores es coadyuvar a que la gestión de los líderes de los procesos sea eficaz y eficiente en razón a que permite evaluar su gestión.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Laboratorio Clínico	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Ampliar la Integralidad y resolutiveidad en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Adquisición y Puesta en funcionamiento de Equipo de química sanguínea para renovación de tecnología	100%	Se cambió el equipo de química sanguínea con la nueva tecnología ROCHE, actualmente está operando con normalidad incrementando el número de pruebas para proceso garantizando la calidad del reporte clínico.	
% de incremento en número de pruebas a usuarios particulares del servicio de laboratorio clínica como resultado de la estrategia de mercadeo.	100%	En el año 2021 se tomaron un total de 538 pruebas de laboratorio a personas particulares, y en el año 2022 el total de pruebas de laboratorio practicadas a usuarios particulares fue de 580 encontrando que se obtuvo un crecimiento del 7 %. Cumpliendo con la meta.	
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar al cliente exámenes de laboratorio de rutina y especializados que le permitan al personal de salud definir diagnósticos y suministrar tratamientos oportunos y suministrar hemoderivados que cumplan con los requisitos de calidad y seguridad para que el paciente recupere su estado de salud”. En este proceso se definieron 2 indicadores con un cumplimiento del 100%, porcentaje muy satisfactorio y se exhorta a sus funcionarios continúen con esta tendencia.			
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: - El laboratorio clínico es una herramienta primordial para el área médica puesto que por medio de este se diagnostican diferentes patologías y además se realizan estudios para determinar el tipo de tratamiento que se debe administrar al paciente. Para aumentar las pruebas a usuarios particulares se debería estudiar una forma razonable de volver los precios competitivos.			
8. Firmas:			

1. Fecha: 20/01/2023

2. Dependencia a evaluar: Imagenología

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Ampliar la Integralidad y resolutividad en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
% de avance en la Adquisición y puesta entrada en operación de PACS y puesta en marcha de interfaz con equipos	100%	Meta cumplida, actualmente el nuevo sistema PACS se encuentra operando con normalidad, se avanza con proceso más avanzados de desarrollo de enlace de interface entre PACS y SIHOS, esperando que se coordine con los proveedores del SINERGIA
% de avance en la proyección y ejecución del proyecto de mantenimiento y ampliación de área de imagenología del HCI.	70%	Proyecto contratado con la firma ARQUITECTURA E INGENIERÍA HOSPITALARIA S.A.S, se inició ejecución, la obra marcha con normalidad, sin embargo por justificaron del contratista hacia el contratante se han debido hacer ajustes que impidieron que la obras termine en la vigencia contractual, se solicitó a Junta directiva la autorización para ampliar el plazo de entrega y fue autorizada.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

En este proceso se definieron dos indicadores para la vigencia 2022, con un cumplimiento del 85%.

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: "Brindar un servicio, eficiente y amable al usuario que requiera estudios de imágenes diagnosticas con el fin de definir diagnósticos y tratamientos adecuados".

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Para la vigencia 2023 establecer indicadores que apunten a evaluar la gestión del líder del proceso.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Terapia Física Y Respiratoria	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Ampliar la Integralidad y resolutividad en la prestación de Servicios de Salud de alta complejidad			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Productividad de actividades realizadas mensualmente.	100	Se realizaron en la vigencia 2022 un total de 2684 sesiones de Hidroterapia que equivale a una actuación de \$127,194,760, no hay línea de base debido a que, en el año 2022, mes de agosto se inició con la prestación de servicios.	
Apertura e Implementación de Hidroterapia	100	Servicio aperturado ante IDSN bajo el código 933300, servicio de terapias en modalidades hidráulica e hídrica, operando con normalidad.	
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:			
En el acuerdo No. 20 de 2016 Manual de Funciones se define a este proceso como Terapia Física Y Respiratoria y tiene como objetivo el siguiente "Prestar servicios de terapia física y respiratoria al usuario ambulatorio, hospitalizados y de urgencias de manera eficiente con el fin de lograr satisfactoria y pronta reincorporación a su eterno familiar, laboral y social". En la vigencia 2022 se establecieron dos indicadores para este proceso con un cumplimiento del 100%, al igual que se dio cumplimiento al objetivo del Manual de Funciones.			
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:			
- Se exhorta a los trabajadores de este proceso se continúe con la mejora continua y permanente para el bien de todos los usuarios de este servicio.			
8. Firmas:			

1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Recursos humanos	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:			
Fortalecimiento de la Gestión del Talento Humano			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Administración electrónica de documentos adelantada	100%	1. <u>Elaborar plan de trabajo</u>	
Porcentaje de implementación del software de Gestión Humana	100%	Se obtiene un logro de la meta debido a la implementación del módulo actualizado de Nómina Electrónica dentro del sistema SIHOS, con respecto al software que estaba contemplado como meta del PDI 2022, SE la meta se ajustó debido a disponibilidad presupuestal, además la Junta Directiva en reunión de febrero de 2022, excluyó dicha meta del PDI. Así las cosas, el módulo de nómina electrónica del sistema SHOS que se encuentra instalado están en configuración y capacitación por parte de la empresa SINERGIA. SAS	
Porcentaje de implementación de las políticas MIPG que gestiona el proceso de Talento Humano evaluadas mediante FURAG	50%	Se encuentra que en la medición FURAG del año anterior (2020) encontramos que de una calificación de 78,8, y el índice de empeño de la política actual es de 77,9, por lo que se vio una disminución DE 0,9 del índice, para la Política de Integridad el resultado de la vigencia 2020 fue de 59 y en la vigencia 2021 también reporto un índice de 59 cumpliendo el indicador y para la Política de gestión del conocimiento y la innovación el resultado de 2020 fue de 73,7 y para la vigencia 2022 fue de 72,2. se obtiene un decrecimiento 1,5 puntos. y la Política de Humanización para la vigencia 2022 cerró con un desempeño del 94% es necesario realizar las acciones pertinentes para poder aumentar la calificación para la nueva evaluación FURAG.	
% Cumplimiento de Inducción y Reinducción	100%	En el 4er trimestre de 2022, ingresaron 37colaboradores a la totalidad se realizó la inducción, sumado a los del total de la vigencia encontramos que 98 colaboradores ingresaron en el año 2022 y a todos ellos se les ha realizado la inducción para tener un % e cumplimiento del 100%.	

Porcentaje de cumplimiento de actividades priorizadas para ejecutar por política según el índice FURAG de la última vigencia reportada por DAFP (INTEGRIDAD)	100%	Según el Último reporte FURAG correspondiente a la vigencia 2021, recibido en el mes de junio de 2022, se priorizaron 4 actividades, de las cuales se cumplieron 4 actividades obteniendo un total de 100% de cumplimiento para la Política de Integridad.
Porcentaje de cumplimiento de actividades priorizadas para ejecutar por política según el índice FURAG de la última vigencia reportada por DAFP (GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO)	95%	Según el Último reporte FURAG correspondiente a la vigencia 2021, recibido en el mes de junio de 2022, se priorizaron 5 actividades, de las cuales se cumplieron 5 actividades obteniendo un total de 100% de cumplimiento para la Política de Gestión Estratégica de Talento Humano.
Porcentaje de ejecución de actividades programadas en la Política de Humanización del HCI. (HUMANIZACIÓN)	90%	Según el Último reporte FURAG correspondiente a la vigencia 2021, recibido en el mes de junio de 2022, se priorizaron 10 actividades, de las cuales se cumplieron 9 actividades obteniendo un total de 90% de cumplimiento para la Política de Humanización.
Porcentaje de cumplimiento de actividades priorizadas para ejecutar por política según el índice FURAG de la última vigencia reportada por DAFP (GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION)	100%	Según el Último reporte FURAG correspondiente a la vigencia 2021, recibido en el mes de junio de 2022, se priorizaron 7 actividades, de las cuales se cumplieron 7 actividades obteniendo un total de 100% de cumplimiento para la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación.
Porcentaje de Hojas de Vida cargadas en el Sigep, personal de Nómina	100%	Las Hojas de vida del personal de nómina ingresadas al Sigep se encuentran al 100%
Porcentaje de Hojas de Vida cargadas en el Sigep, personal vinculado mediante Contrato de Prestación de Servicios	100%	Las Hojas de vida del personal de contrato Ingresadas al Sigep se encuentran al 100%

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Garantizar que el recurso humano que labora en la institución cumpla con las competencias basadas en educación, experiencia, formación y habilidades”.

El Profesional Universitario de recursos humanos tiene 11 funciones esenciales dentro del manual de funciones, La oficina de control interno considera que se debe fortalecer la siguiente función. “Coordinar junto con administración, la realización de estudios sobre estructura, planta de personal de acuerdo a los requisitos y necesidades de la entidad, plan de vacaciones y **mantener actualizado el manual de Funciones**”

El proceso en la vigencia 2022 estableció 10 indicadores con un cumplimiento consolidado de 93.5%, porcentaje satisfactorio.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Es prioritario la actualización del Manual de Funciones y de Competencias Laborales del HCI
- Planta de personal de acuerdo a los requisitos y necesidades de la entidad.
- Revisar y si es el caso modificar la estructura organizacional de la entidad (Organigrama).
- Fortalecer el plan de capacitación del personal
- Propender porque todo el personal del HCI se apropie del Código de Integridad
- Elaborar el reglamento Interno de trabajo
- Renegociar la convención colectiva de trabajo en el cual todo su articulado este conforme a la ley.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Gestión documental	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
% cumplimiento de TVD	100%	Para la vigencia 2022. se cumplió con el 100% del meta establecido que fueron los dos periodos, sin embargo, en esta vigencia se cumplió también la TDV de 3er periodo, por lo tanto el desempeño fue superior a lo planteado, el 4o perdido será programado en los Planes de Gestión Documental de 2023.1. % cumplimiento de TVD	
Porcentaje de cumplimiento de actividades de acuerdo a los planes del decreto 612 de responsabilidad de Gestión Documental.	98%	El resultado de la evaluación de los planes del decreto 612 de responsabilidad de Gestión documental para la vigencia 2022 arrojo que para el Plan institucional de Archivos PINAR se obtuvo el 95%, para el Plan de conservación documental se obtuvo un 100% y para el Plan de Preservación Digital un 100%, obteniendo un promedio de conocimiento de los 3 planes de 98% cumpliendo con la meta establecida.	
Porcentaje de autodiagnóstico política de gestión documental.	70%	El autodiagnóstico realizado en la vigencia 2022 se obtuvo un índice de 70 puntos y es homologable con los resultados encontrados en FURAG, la meta planteada estaba en función de la ley de Archivo por lo que se supera el 50% planteado, se propone par la vigencia 2023 incrementar en 5 puntos el incremento del índice en el autodiagnóstico programado para 2023, Meta Cumplida.	
Porcentaje de cumplimiento FURAG.	70%	El índice FURAG 2021, cuyos resultados son entregados en el mes de junio de 2022, reporta un índice de 70 puntos, al igual que en la valoración del a diagnóstico supera la meta de cumplimiento de la ley contemplada en 50%, se requiere ajustar la meta para 2023.	
Porcentaje de cumplimiento plan de trabajo comité Institucional de Archivo	95%	Se obtiene un % de 95% de lasa actividad planeadas en el Comité, queda pendiente la actividad del inventario de Historias Clónicas de Fallecidos que dejó pendiente la Fundación Miranda. El resto de actividades se cumplió al 95%.	

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Desarrollar y supervisar las actividades relacionadas con información clínica y administrativa generada en los procesos, garantizando información oportuna veraz y segura, que apoyen el mejoramiento de la gestión y la toma de decisiones técnicas y administrativas”.

Igualmente según el acuerdo No. 20 de 2016 Manual de Funciones y Competencias Laborales este proceso se denomina “Gestión de Recursos de Información”

Para la vigencia 2022 el cumplimiento global de sus indicadores fue de un 86.6%, igualmente los indicadores dieron cumplimiento al objetivo del proceso, establecido en el Manual de Funciones.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- En lo posible digitalizar documentos en papel.
- Continuar con la centralización de toda la documentación del HCI.
- Establecer autorizaciones de acceso a la información.
- Llevar un control sobre la caducidad de documentos.
- Implementar el aplicativo SEVENET

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Recursos físicos	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Mantenimiento al 100% de las calderas y la red de vapor	100%	Las calderas recibieron mantenimiento preventivo y correctivo con el personal técnico del Hospital, no fue necesario realizar contratación externa.	
Cumplimiento al 100% de los parámetros de monitoreo y análisis de la Planta de Tratamiento de Agua Residual de Nefrodial.	100%	Se realizó la construcción de un by Pass para unir la planta de tratamiento de aguas residuales de nefro dial con la planta del HCI, se le realiza tratamiento en general todas las aguas que se concentran en esta planta, los valores por concepto de este tratamiento son cruzados con cuentas mensuales de la facturación de NEFRODIAL, el Hospital Civil si hizo el monitoreo anual de la calidad del agua de la PTAR del HCI cumpliendo con los parámetros de la Resolución 0631 de 2015.	
Gestionar al 100% la Ampliación de la central de residuos y la dotación de Autoclave para el tratamiento de residuos fitosanitarios	100%	A la fecha se tiene contratada la obra de adecuación de central de residuos hospitalarios, la cual tiene un periodo de ejecución de 4 meses, por lo que la obra se extenderá hasta el mes de marzo de 2023; con respecto al % de elaboración del proyecto de adquisición de autoclave, se realizó y se presentó el proyecto ante los ministerios que expidieron, sin embargo fueron rechazados por la prioridad era la de fomentar las energías alternativas, se está a la espera de nuevas convocatorias.	
Adquisición de secadora industrial para fortalecer el subproceso de lavandería.	100%	Secadora Entregada y operando con normalidad.	
Mantenimiento al 100% de la planta de tratamiento de agua potable.	100%	Durante la vigencia 2022 se realizaron los controles de la calidad de agua potable, midiendo diariamente cloro residual y PH con el equipo institucional FOTÓMETRO, los resultados se encuentran bajo los parámetros establecidos por la norma 2115, semestralmente se revisó el control de los parámetros con un laboratorio externo de la institución obteniendo resultados positivos.	

Mantenimiento preventivo y correctivo del pozo profundo	100%	En la vigencia se realizó de manera parcial el mantenimiento del pozo profundo, no se realizó en su totalidad debido a la imposibilidad de extraer la bomba y la tubería conectada a la misma, por lo cual el contratista técnicamente determina que se debe esperar a que la bomba cumpla su ciclo de vida útil para ser reemplazado con una bomba nueva, actualmente el pozo se encuentra operativo y con buen caudal para suministrar agua durante las contingencias que presenta la empresa Municipal.
Gestionar la certificación Institucional en el cumplimiento de la normatividad ambiental ISO 14001.2015	100%	En la vigencia se realizó el Autodiagnóstico obteniendo un porcentaje de 31% de cumplimiento, se estableció el plan de mejoramiento para dar el cumplimiento de los requisitos de la norma sin embargo por los cambios en los Líderes del proceso y la asesoría interna que estaba realizando el Ingeniero Luis Mueses el avance en dicho plan estuvo limitado, se deben retomar las actividades para la vigencia 2023 incluirlas dentro del Plan de SIGC.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “garantizar la oportunidad y la disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación del servicio y realizar mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de equipos para garantizar seguridad en la prestación del servicio”.

En la vigencia 2022 este proceso gestionó un total de 7 Indicadores, con un cumplimiento del 100%, porcentaje muy satisfactorio.

Para el objetivo planteado en el Manual de Funciones no se evidenció indicadores que apuntaran a su cumplimiento.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- El profesional Universitario líder de este proceso dentro del manual de funciones tiene 10 funciones esenciales, La oficina de Control Interno recomienda fortalecer la función “Garantizar a todos los servicios y áreas del hospital la provisión oportuna y suficiente de los elementos necesarios para la buena prestación del servicio a los usuarios”.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Servicio Farmacéutico.	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:			
Ampliar la integridad y resolutividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Obtener la recertificación BPE en Central de Mezclas	60%	Se realizó el manual de Funciones del servicio Farmacéutico para los Químicos Farmacéuticos con organigrama y suplencias que se encuentra en en el área de Jurídica del HCI, conjuntamente con los Líderes de todas las áreas revisión y evaluación de cumplimiento de los hallazgos y aplicación del instrumento de verificación de cumplimiento de las BPE de preparaciones magistrales Resolución 0444 de 2008, proceso que avanza con los procesos de Calidad y Recursos Humanos quedan pendientes ingeniería, quejas y reclamos y ambiental; Se avanza en la adecuación e integración de la estructura documental del Servicio Farmacéutico con Central de Mezclas y Sistema integrado de la Calidad, actualmente existen 268 documentos: 50 Procedimientos y 100 Instructivos. PRODUCCION: Revisar 58 documentos que corresponden a Instructivos y Procedimientos a cargo del jefe de producción y Químico preparador CALIDAD: Revisar 47 documentos entre Instructivos y procedimientos a cargo del jefe de control de calidad. TRASVERSALES: 34 Documentos: a cargo del Director Técnico que guiara a líderes de procesos de R. Humanos, Gestión Ambiental, Ingeniería Hospitalaria, Calidad y SIAU, solo han sido entregados a esta asesoría para la revisión correspondiente, 22 documentos de 250 documentos encontrados inicialmente por parte de la Jefe de Producción hasta la fecha. INFRAESTRUCTURA: Mantenimiento de equipos, instalaciones, unidad manejadora de aire tiene pendiente mantenimiento de los equipos y unidades manejadoras de aire, El Proyecto de centralización de preparación de medicamentos por parte de los Químicos Farmacéuticos en el servicio de internación queda pendiente implementar simulacros y verificar la estructura documental, que según lo manifestado por los Químicos Farmacéuticos ya está lista, pero no ha sido entregada a la fecha	

Certificación BPM en Central de Gases medicinales	40%	Proyecto de ejecución de la obra, contratado con la firma ARQUITECTURA E INGENIERÍA HOSPITALARIA S.A.S, se inició ejecución, la obra marcha con normalidad, sin embargo, por justificación del contratista hacia el contratante se han debido hacer ajustes que impidieron que la obra se termine en la vigencia contractual, se solicitó a Junta directiva la autorización para ampliar el plazo de entrega y fue autorizada.
Tecnificación del proceso de registro de la administración de medicamentos	60%	El avance de desarrollo independiente del equipo de Ingenieros del HCI se suspende debido a que se contrató con la empresa SINERGIA S.A.S la actualización del programa SIHOS con todos los módulos actualizados a la fecha; se está en proceso de parametrización del módulo de FARMACIA, donde actualmente se está avanzando con el proceso de capacitación de las nuevas herramientas y conjuntamente se está evaluando si esta nueva Versión del programa SIHOS tiene el componente requerido en la meta y el grado de funcionalidad para las necesidades del HCI; luego de evaluar esta etapa se decidirá si cumple con lo requerido o es necesario que se retome el desarrollo del módulo esta vez con la empresa desarrolladora.
Tecnificación del proceso de manejo de inventarios del servicio farmacéutico	60%	El avance de desarrollo independiente del equipo de Ingenieros del HCI se suspende debido a que se contrató con la empresa SINERGIA S.A.S la actualización del programa SIHOS con todos los módulos actualizados a la fecha; se está en proceso de parametrización del módulo de FARMACIA, donde actualmente se está avanzando con el proceso de capacitación de las nuevas herramientas y conjuntamente se está evaluando si esta nueva Versión del programa SIHOS tiene el componente requerido en la meta y el grado de funcionalidad para las necesidades del HCI; luego de evaluar esta etapa se decidirá si cumple con lo requerido o es necesario que se retome el desarrollo del módulo esta vez con la empresa desarrolladora.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Garantizar el efecto terapéutico de los medicamentos e inocuidad de los insumos hospitalarios mediante las buenas prácticas de manejos de los mismos, con el fin de contribuir a la prevención, diagnóstico, estabilización y mejoramiento de la enfermedad de los usuarios”.

En la vigencia 2022 este proceso gestionó un total de 4 Indicadores para un cumplimiento de 55%, Porcentaje que debe preocupar a la administración de la entidad y tomar medidas urgentes y eficaces para elaborar un plan de mejoramiento que coadyuve a la mejora del proceso estableciendo responsables, actividades y tiempos.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Continuar con el mejoramiento continuo en la dispensación de los medicamentos en forma oportuna
- Diseñar un plan de trabajo para dar cumplimiento a los indicadores trazados para cada vigencia.
- Fortalecer la adecuada gestión de los medicamentos.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023	2. Dependencia a evaluar: Cuidado Crítico	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Ampliar la integridad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Actualización y renovación tecnológica al 100% en la Unidad de Cuidados intensivos para la adecuada prestación de servicios de salud	100%	Se actualiza proyecto de dotación de equipos para UCI que estaba estructurado desde 2020, con la metodología y precios unitarios de 2023, fue presentado por Gerencia a Gobernación para priorizarlo con regalías a la espera de ser viabilizado con la cofinanciación del Departamento, sin embargo la viabilidad del rubro Departamental de cofinanciación no se entregó, el proyecto a 2022 se encuentra al 100% elaborado, se recomienda actualizarlo al próximo año 2023 para poder gestionarlo bien sea con recursos propios o con recursos de cofinanciación Departamental o Nacional.
Actualización y renovación tecnológica al 100% en la Unidad de Cuidados intensivos neonatales para la adecuada prestación de servicios de salud.	100%	Se actualiza proyecto de dotación de equipos para UCIN que estaba estructurado desde 2020, con la metodología y precios unitarios de 2023, fue presentado por Gerencia a Gobernación para priorizarlo con regalías a la espera de ser viabilizado con la cofinanciación del Departamento, sin embargo la viabilidad del rubro Departamental de cofinanciación no se entregó, el proyecto a 2022 se encuentra al 100% elaborado, se recomienda actualizarlo al próximo año 2023 para poder gestionarlo bien sea con recursos propios o con recursos de cofinanciación Departamental o Nacional.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: “Brindar una atención integral al usuario críticamente enfermo acorde al Plan de Manejo individual una vez se ha definido la hospitalización en cuidado intensivo o intermedio neonatal o adulto, garantizando un trato humanizado con oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, suficiencia, accesibilidad, apoyados en la competencia del talento humano y en la modernización tecnológica”.

Teniendo en cuenta lo anterior los indicadores definidos en la vigencia 2022 no apuntaron a dar cumplimiento al objetivo establecido en el Manual de Funciones, igualmente, la OCIG no está de acuerdo con el porcentaje del 100% de cumplimiento asignado por parte de la oficina de planeación a los indicadores, aunque la elaboración del proyecto es una parte fundamental para la consecución de recursos, es únicamente una primera etapa que no da respuesta total a la necesidad planteada o al indicador definido.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Se debe tener mucho cuidado en la definición de los indicadores, un indicador debe ser definido en términos precisos, para nada ambiguos, deben ser cuantificables y que proporcionen información confiable, y por otro lado medibles en periodos de tiempo.
- El objetivo de los indicadores es coadyuvar a que la gestión de los líderes de los procesos sea eficaz y eficiente en razón a que permite evaluar su gestión.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023	2. Dependencia a evaluar: Gestión Tic y mercadeo	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia		
Alcanzar niveles de excelencia en los Procesos Organizacionales		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Porcentaje de cumplimiento de autodiagnóstico de la Política de Gobierno Digital y Seguridad Digital	100%	El % autoevaluado de la Política de gobierno digital es de 31% y el dato de la autoevaluación de seguridad digital no fue evaluado, por lo que solamente se considera el resulta donde la política de gobierno digital. Con un cumplimiento del 31%.
Porcentaje de cumplimiento de FURAG de la Política de Gobierno Digital y Seguridad Digital	100%	Con respecto al resultado FURAG 2021 que fue allegado en junio de 2022, encontramos que la política de gobierno digital tiene un índice de desempeño de 65,7 y la Política de seguridad digital tiene un desempeño de 72,2% con un promedio de 68%, cumpliendo con la meta establecida.
Porcentaje de ejecución del plan de trabajo del comité de gobierno digital	100%	De las actividades programadas queda pendiente terminar actualización de activos de la información y después de esta identificación evaluar los riesgos una vez se tenga los activos clasificado, se cumplieron 2 actividades de 4 programadas y ya que la meta estaba establecida en 50% se cumplió con lo programado.
Porcentaje en la ejecución de los planes de trabajo de la 612 (1, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI; 2, Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y Seguridad; 3, Privacidad de la Información; 4. Plan de Mantenimiento de servicios tecnológicos)	100%	En la evaluación de los porcentajes de ejecución de los planes de trabajo de la Resolución 612 (1, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI70 %; 2, Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y Seguridad 90%; 3, Privacidad de la Información 80%; 4. Plan de Mantenimiento de servicios tecnológicos 95%) Teniendo un promedio de estos planes de 83,7% de cumplimiento superando la meta contemplada.

Porcentaje de renovación de hardware	100%	Renovación de leasing, 45 impresoras, 5 scanner, 44 computadores de escritorio y 31 portátiles, más la compra de 15 equipos directamente, en total se adquirieron 140 equipos, el dato de equipos que requieren renovación es de 250, por lo tanto, al haber renovado 140 el % de cumplimiento es de 58%
Número de equipos de cómputo adquiridos con licencia/ total de equipos comprados	100%	De 90 equipos adquiridos el 100% está licenciado en Windows, se cumple con la meta propuesta.
Software adquirido e implementado en un 100%	100%	El software se encuentra implementado al 100%, queda pendiente de los reportes con la interfaz propia de la institución.
Porcentaje de sistematización de informes físicos entregados al área de estadística.	100%	Se realizó reunión con equipo de trabajo analizando el nuevo escenario de legalización de software de información, se concluye que en vista de la contratación con la empresa SINERGIA, propietaria del código fuente de SIHOS donde se legaliza la actualización y mantenimiento del software impidiendo que personas ajenas a la empresa proveedora puedan modificarlo, esta meta queda aplazada hasta que las fases del contrato avancen en sus etapas de instalación, actualización, incorporación de desarrollos propios de HCI y posteriormente con medios de enlace virtual legal para trabajar conjuntamente para avanzar con el proceso de automatización de informes estadísticos, por parte del HCI se terminó las acciones para la conexión, pendiente avanzar con la SINGERGIA el enlace respectivo.
Porcentaje de cumplimiento de reuniones programadas para la rendición de informes de indicadores de eficiencia técnica científica.	100%	Del total de 4 reuniones programadas en el año, se realizaron 4, el informe de estadísticas vitales se presenta ante la COMIGÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO conforme a la programación previamente aprobada.
Producto Entregable: Nuevo protocolo de atención al usuario interno y Externo del HCI.	30%	Se dio inicio conjuntamente con el proceso de Humanización inicio la implementación de las acciones de sensibilización en la gestión de la comunicación asertiva en el tercer trimestre de 2022Se termina la estructuración del manual de comunicación asertiva el cuál es documento fundamental como insumo para construcción del protocolo, sin embargo, queda pendiente avanzar con la construcción, aprobación y socialización a todas las dependencias del HCI.

Porcentaje de incremento en los indicadores de facturación o ingresos por concepto de venta de servicios	100%	En la vigencia 2021 se obtuvo un resultado de facturación de \$83,988,645,221; para la vigencia 2022 se encuentra que a la fecha de elaborar el presente informe y debido a la continental que el HCI tiene debido a la actualización de software SIHOS no se ha cerrado la facturación del mes de diciembre, sin embargo la proyección es de \$87,000,000,000 aproximadamente, lo que significaría un incremento de \$3,011,000,000 millones correspondientes a 5,7% en espera de cierre contable para confirmar esta cifra. existe una facturación pendiente por cerrar por el orden de \$3,900,000,000 aproximadamente, debido a la contingencia por la actualización del SOFTWARE CONTABLE SIHOS que está en proceso; los cuales se reflejarán en el mes siguiente que corresponden a vigencia 2023, sin embargo, estos servicios fueron presentados en el mes de diciembre, pero no van a poder ser facturados en la vigencia actual.
--	------	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

El Proceso de Gestión de TIC Y Mercadeo no está contemplado en el acuerdo No. 20 de 2016 Manual de Funciones y de Competencias Laborales.

Este proceso estableció un total de 11 indicadores para la vigencia 2022, con un cumplimiento de 93.63%, porcentaje satisfactorio de logro de todos sus retos de gestión.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Implementación de la Matriz – ITA – Diligenciamiento de la información en el índice de transparencia y acceso a la información pública de conformidad con las disposiciones del artículo 23 de la ley 1712 de 2014.

8. Firmas:



1. Fecha: 20/01/2023		2. Dependencia a evaluar: Recursos económicos	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Lograr mediante gestión adecuada de recursos niveles de eficiencia que permitan sostenibilidad y competitividad institucional.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Administración electrónica de documentos adelantada	100%	1. <u>Elaborar plan de trabajo</u>	
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: De este proceso planeación no reporto indicadores, mencionando que el proceso a la fecha no había hecho cierre financiero. Cabe recordar que el PAA es un instrumento de planeación Institucional que se compone de lineamientos, objetivos, metas, planes y proyectos que se van a ejecutar en una anualidad, generando valor agregado para aportar al cumplimiento de los objetivos del proceso y por ende a los objetivos estratégicos institucionales. Dentro del Manual de Funciones y Competencias Laborales se tiene el siguiente objetivo para este proceso: "Garantizar el manejo eficiente y razonable de los recursos económicos, que permita generar información confiable para la toma de decisiones a nivel gerencial".			
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: - Se debe tener mucho cuidado en la definición de los indicadores, un indicador debe ser definido en términos precisos, para nada ambiguos, deben ser cuantificables y que proporcionen información confiable, y por otro lado medibles en periodos de tiempo. - El objetivo de los indicadores es coadyuvar a que la <u>gestión</u> de los líderes de los procesos sea eficaz y eficiente en razón a que permite evaluar su gestión.			
8. Firmas:			

CONCLUSIONES

1. Es conveniente que la Oficina de Planeación entregue la información de indicadores con suficiente antelación, teniendo en cuenta que la oficina de CIG verifica dicha información para evaluar y emitir recomendaciones de manera objetiva e imparcial; sumado a esto el informe de Evaluación por Dependencias es de ley, y, establece un plazo para su entrega hasta el 30 de enero de cada vigencia, el retraso en la entrega por parte de la Oficina de Planeación impacta de manera negativa el cumplimiento por parte de esta oficina.
2. De acuerdo con los indicadores de la vigencia 2022 entregados por la oficina de planeación, se pudo evidenciar a nivel general una buena gestión de todos los procesos, aunque hay indicadores que presuntamente no apuntan a la gestión del proceso para el logro de los objetivos institucionales.
3. Se ve la necesidad de realizar una revisión y ajustes a los indicadores formulados por parte de los procesos, siendo necesario fortalecer la asesoría y el acompañamiento por parte de la oficina de Planeación.
4. La evaluación y recomendaciones entregadas por la oficina de Control Interno de Gestión fueron limitadas teniendo en cuenta el retraso en la entrega de la información para ser verificada y validar los porcentajes de cumplimiento de los indicadores.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a todos los procesos incluir dentro de su PAA la gestión y seguimiento a las PQR, esta recomendación se hace teniendo en cuenta que las quejas muchas veces no son contestadas en su totalidad y/o por otro lado no se responden oportunamente.
2. Diseñar un aplicativo en el cual se pueda anexar las evidencias documentales, que permita realizar el seguimiento, evaluación y verificación de la información reportada por cada uno de los procesos de manera mensual.
3. Se recomienda como aspecto fundamental, por parte de los procesos, dar cumplimiento a los plazos establecidos para la entrega de la información de



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



Indicadores, lo que permite a la oficina de Planeación y Control Interno generar informes de calidad y dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente.

4. La Oficina de Planeación debe hacer seguimiento a los indicadores trimestralmente, de tal manera que los avances presentados por los procesos reflejen veracidad y confiabilidad; y el cumplimiento de las metas repercuta en el logro de objetivos estratégicos del HCI.
5. Se recomienda tener presente los indicadores que no alcanzaron el porcentaje de cumplimiento esperado en la vigencia 2022 se deben retomar para la vigencia 2023.

Atentamente,

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Jefe Control Interno de Gestión

IpiALES, 02 de febrero de 2023

Doctor
GIOVANNI ANDRES FAJARDO ROJAS
Gerente HCI ESE
Ciudad

Asunto: Informe de evaluación a la gestión por dependencias vigencia 2022

Cordial saludo.

La Oficina de Control Interno de Gestión del Hospital Civil de IpiALES ESE en cumplimiento a la normatividad vigente y conforme al informe de seguimiento de Indicadores de la vigencia 2022 entregado por la oficina de Planeación, hace entrega del informe consolidado de evaluación a la gestión por dependencias correspondiente a la vigencia 2022, para su información y fines pertinentes.

Quedo atento a cualquier aclaración respecto al contenido del presente informe.

Atentamente,



ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Jefe Control Interno de Gestión