

**Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios.
Concordia - Antioquia.**

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS



SISTEMA DE CONTROL INTERNO

VERSIÓN 04.

Concordia, Enero 15 de 2.020



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

INFORME DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS.

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS
CONCORDIA – ANTIOQUIA.**

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Versión 4

CONCORDIA, Enero 15 DE 2.020.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



TABLA DE CONTENIDO.

Introducción	04
1. ASPECTOS GENERALES	05
1.1. Normatividad	05
1.2. Objetivo de la Evaluación	06
1.3. Objetivos Generales	06
1.4. Alcance	06
2. METODOLOGÍA	06
2.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional	08
2.2. Resultado de las Auditorías Internas a los procesos	17
2.3. Auditorías Internas de Calidad	18
2.4. Auditorías al SG-SST	19
2.5. Auditorías de la Contraloría General de Antioquia	21
2.6. Informe consolidado de PQRSF	23
2.7. Informe de Indicadores de calidad	26
2.8. Evaluación Sistema de control Interno	26
2.9. Seguimiento al Sistema de Costos	35
3. RECOMENDACIONES GENERALES	37
4. ANEXOS	38

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0	2017	Creación del documento.
2.0	2018	<p>Se actualiza la versión uno del documento, en la versión No 02 de 2018. En los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se anexa en la versión los resultados de la evaluación del sistema de control interno que se realiza en el FURAG. Grado de Madurez y su interpretación.• Se tiene en cuenta el informe consolidado de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones.• Se tiene en cuenta Plan Anual de las auditorías internas y sus y el cumplimiento a los planes de mejoramiento.• El Informe de auditorías de calidad PAMEC.• Informes de las auditorías al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST.• El Informe de la auditoría de la Contraloría General de Antioquia.• El manejo de los diferentes indicadores de gestión del plan de desarrollo y los indicadores de calidad.• Se tiene en cuenta el seguimiento al sistema de costos.• Se anexa un cuadro con la evaluación de la oficina de control interno por dependencia que es la base para la calificación de los funcionarios de carrera.
3.0	2019	Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
4.0	2020	<p>Se actualiza el capítulo 1 Aspectos generales el numeral 1.1 Normatividad vigente.</p> <p>Con respecto a los Indicadores de calidad se opta en esta versión que los indicadores se revisaran en forma digital en el sistema de información de la carpeta interna de publica.</p> <p>Se actualizan todos los cuadros en esta versión.</p>

INTRODUCCIÓN

El siguiente informe se elabora basado en la Circular 04 de 2.005 expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y las demás normas vigentes relacionados con las evaluaciones y auditorías internas que realiza la Oficina de Control Interno en la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia – Antioquia.

El Asesor de Control Interno, procede a la elaboración del presente informe, tenido en cuenta para establecer el cumplimiento de los objetivos y de las metas Institucionales la información suministrada en el Proceso de Direccionamiento Estratégico y el de Control de Gestión. Para eso se basa en la evaluación Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020 “Camino a la Acreditación en Salud”, a unos Planes Operativos Anuales o de Acción, a la evaluación de la oficina de control interno de ley 1474, al resultado de la evaluación del sistema de control interno del FURAG, a las auditorías de calidad, al cumplimiento de los planes de mejoramiento y los indicadores de gestión que permiten realizar un análisis y el cálculo de las diferentes metas al finalizar el año, como resultado por parte de esta oficina se realizan algunas observaciones generales y se formulan recomendaciones de mejora, las cuales se espera sean tenidas en cuenta por cada uno de los responsables para la elaboración del Plan de Acción.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.

Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

Nit 890907297-3



1. ASPECTOS GENERALES:

1.1. Normatividad.

- **Ley 909 de 2.004:** En su Artículo 39, inciso 2; Obligación de evaluar. 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 1227 de 2.005:** Artículo 52. El desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa deberá ser evaluado y calificado con base en parámetros previamente establecidos a partir de los planes anuales de gestión del área respectiva, de las metas institucionales y de la evaluación que sobre el área realicen las oficinas de control interno o quienes hagan sus veces, de los comportamientos y competencias laborales, habilidades y actitudes del empleado, enmarcados dentro de la cultura y los valores institucionales
- **Decreto 1083 de 2.015:** Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Título 8º, Capítulo 1º Evaluación del Desempeño Laboral.
- **Acuerdo 565 de 2.016:** Capítulo II, Artículo 8º Responsables en el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral.
- **Acuerdo 816 de 2.016:** Capítulo I, Generalidades de la evaluación del desempeño Laboral. Artículo 1º: Conceptos. Numeral 1.10. **Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias.** Es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad respectiva. Se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas y es suministrada a los responsables de la evaluación por el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, constituyéndose en parte de la evaluación definitiva del empleado.
- **Acuerdo 6176 de 2.018:** Artículo 7º Compromisos de mejoramiento y Artículo 8º Calificación definitiva y el anexo técnico.
- **Circular 4 de 2.005:** del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.
- **Resolución No 045 de 2.019:** Adopción del Plan Anual de Auditorías Internas de 2.019.
- **Resolución No 199 de 2.019:** Adopción del Código de Ética del Auditor Interno.



1.2. Objetivo de la Evaluación.

Realizar evaluación de la gestión de cada dependencia, con el propósito de que se tome como criterio evaluador a los acuerdos de gestión de los empleados del nivel gerencial y a los de carrera administrativa, de lo cual la Oficina Asesora de Control Interno hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.

1.3. Objetivos Generales.

- a. Identificar los factores críticos de los procedimientos y actividades.
- b. Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento que garanticen la continuidad de la operación y la satisfacción de los objetivos misionales de la entidad.
- c. Retroalimentar los procesos dentro de la cadena de valor y para la evaluación del desempeño de los funcionarios de las áreas evaluadas.
- d. Medir, evaluar y controlar los resultados de las diferentes operaciones, así como establecer, entre otros, comportamientos, tendencias y relaciones entre lo programado y lo ejecutado por cada una de las Dependencias.

1.4. Alcance del Informe.

El presente informe de evaluación de la gestión por dependencias que realiza la oficina de Control interno cada año involucra todas las dependencias y procesos en la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia – Antioquia y finaliza con la entrega del informe definitivo a la Gerencia y al Comité de Control Interno. Se realiza con base en las actividades de Auditoría y Seguimientos desarrollados en las diferentes dependencias durante el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2.019. Igualmente, describe los resultados obtenidos en el avance de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en cada una de sus siete (7) dimensiones y en el seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST y a las evaluaciones y verificaciones relevantes realizadas por la oficina de Control Interno dentro de su Plan Anual de Auditorías Internas.

2. METODOLOGÍA:

Además, de la metodología establecida por el Consejo Asesor en materia de Control Interno mediante las Circulares 04 del 27 de septiembre de 2.005, se optó por interactuar en forma personal con cada uno de los responsables de cada proceso.

La oficina de Control Interno durante el período evaluado del presente informe, Realizó: Auditorías, evaluaciones, verificaciones, participación en las reuniones de algunos de los comités institucionales, visitas de seguimiento de las cuales emitió los respectivos e informes, y por último las recomendaciones sugerencias con el fin de subsanar las deficiencias encontradas; así como la formulación de los Planes de Mejoramiento y su respectivo cumplimiento. Estas actividades se enmarcaron dentro de las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y de acuerdo con el

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.

Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

Nit 890907297-3



Código de Ética del Auditor interno, relacionadas con el empleo del buen juicio en el examen realizado, se aplicaron técnicas tales como: Identificación, verificación, análisis, inspección, observación, cálculo y tabulación de la información recolectada, con el propósito de obtener evidencia suficiente, para la emisión de concepto técnico al respecto.

De acuerdo con lo anterior se elaboró una serie de Cuadros en Excel para consignar la información recopilada en cada una de las dependencias de la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia – Antioquia, de acuerdo con los siguientes anexos.

- 1) El primer Anexo que se toma para la elaboración de los Cuadros No 01 - 02 y 03 del informe. Son los Formatos de Excel: Cuadro Evaluación por objetivos y Cuadro de Evaluación por actividades del Plan de Desarrollo Institucional a Diciembre 31 de 2.019.
- 2) El Segundo Anexo que se tiene en cuenta para la evaluación de la oficina de control interno para la vigencia del 2.019 son los formatos con el informe de las autorías de control interno, las auditorías de calidad, el seguimiento al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST y las auditorías externas de la Contraloría General de Antioquia.
- 3) El Tercer Anexo es el cuadro consolidado del informe de las Peticiones, Quejas, Reclamos Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones de la vigencia 2.019.
- 4) El Cuarto Anexo que se tiene en cuenta para el informe, es el cuadro de mando de los indicadores de calidad y los indicadores de gestión de cada una de las dependencias.
- 5) El Quinto Anexo es el informe de evaluación del sistema de control interno de ley 1474 de 2.011 y los resultados del FURAG II.
- 6) El Sexto Anexo es el informe de seguimiento al Sistema de Costos del 2.019.

Con base en la información antes mencionada se realiza un cuadro consolidado por dependencia con la calificación final de la oficina de control interno de la vigencia del 2.019 el cual hace parte de este informe y que son entregados a cada una de los jefes de dependencia con el fin de que sean tenidos en cuenta para la evaluación final de los funcionarios de carrera y los en provisionalidad.

2.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia del 2.019. Para esta evaluación se tienen en cuenta tres formatos de Excel así:

- Evaluación del Plan de Desarrollo con corte al 31 de diciembre de 2.019.
- Cuadro Consolidado de los Objetivos del Plan de Desarrollo de 2.019.
- Cuadro de la Evaluación por Actividades del Plan de Desarrollo de 2.019.

Con esta información se establece la información que se presenta a continuación.



Cuadro No 1: Formato de Evaluación de los Objetivos del Plan de Desarrollo 2.019.

Entidad:	Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia		
Dependencia y/o Proceso:	Grupo Directivo Líneas Estratégicas		
Responsable:	Gerente y Nivel Directivo.		
Código del Proceso:	COG-IN-01	Fecha:	15 de Enero 2.020.
Objetivos del Proceso o de la Dependencia:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para la vigencia del 2.019. Evaluar 7 Líneas Estratégicas, 23 Objetivos y 441 actividades. 2. Identificar los factores críticos de los procedimientos y actividades. 3. Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento. 4. Evaluación del desempeño de los funcionarios de cada una de las áreas evaluadas. 		

LINEA ESTRATÉGICA 01: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
No	Objetivos Asociados con el Plan de Desarrollo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
01	Formular el plan de desarrollo institucional, sus planes operativos, el plan de gestión gerencial y los acuerdos de gestión con los gerentes públicos (subgerente de servicios de salud y subgerente administrativo); realizar seguimiento a su ejecución, evaluar los resultados y tomar los correctivos que sean necesarios.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	92.39% es el valor consolidado de la evaluación LE 01 OB 01	Consta de 22 actividades. Hay 2 actividades que no están programadas en el 2.019. El total de actividades que se toman en cuenta son 20 discriminadas así: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 9 que equivale 45%. • Cumplimiento 51-99% son 11 que equivale 55%.
LINEA ESTRATÉGICA 02: GERENCIA DEL DÍA A DÍA				
01	Realizar la compra y la prestación de bienes y servicios, según el caso, de acuerdo con las necesidades preestablecidas por la Empresa Social del Estado en el Plan Anual de Compras, conforme los principios y procedimientos del Estatuto de Contratación y del Manual de Procesos y Procedimientos de Contratación.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	131.27% es el valor consolidado de la evaluación LE 02 OB 01	Consta de 23 actividades programadas para el año 2.019 así: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 13 que equivale 56.52%. • Cumplimiento 51-99% son 6 que equivale 26.08%. • Cumplimiento 1-50% son 4 que equivale 17.40%.
02	Cumplir con las actividades misionales, inherentes a la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado, a la misión y a los objetivos institucionales, de forma rutinaria, o en casos excepcionales de emergencias y desastres, mejorando la percepción de los servicios de salud por parte de la comunidad y la satisfacción con éstos.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	107.84% es el valor consolidado de la evaluación LE 02 OB 02	Consta de 62 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 28 que equivale 45.16% • Cumplimiento 51-99% son 32 que equivale 51.61% • Cumplimiento 1-50% son 2 que equivale 3.22%.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



No	Compromisos Asociados con el Objetivo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
03	Cumplir con las actividades de dirección y apoyo administrativo, inherentes a la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado, a la misión y a los objetivos institucionales.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	84.47% es el valor consolidado de la evaluación LE 02 OB 03	Consta de 62 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 24 que equivale 38.70% • Cumplimiento 51-99% son 34 que equivale 54.84% • Cumplimiento 1-50% son 4 que equivale 17.46%.
LINEA ESTRATÉGICA 03: TRANSFORMACIÓN CULTURAL				
01	Cumplir con la totalidad de estándares de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, condiciones técnico administrativas y condiciones técnico científicas del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	84.47% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 01	Consta de 6 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 1 que equivale 16.67% • Cumplimiento 51-99% son 4 que equivale 66.67% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 16.66.%
02	Implementar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	64.32% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 02	Consta de 18 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 11.11% • Cumplimiento 51-99% son 13 que equivale 72.22% • Cumplimiento 1-50% son 3 que equivale 16.67%.
03	Mantener operativo y útil, un sistema de indicadores para el control de gestión de la calidad en la prestación de servicios salud, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud y rendir los informes correspondientes.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	94.98% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 03	Consta de 8 actividades, para el 2.019: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 4 que equivale 50.0% • Cumplimiento 51-99% son 4 que equivale 50.0%.
04	Autoevaluar, calificar y cerrar brechas en la implementación del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	44.24% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 04	Consta de 16 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 6 que equivale 37.5% • Cumplimiento 51-99% son 3 que equivale 18.75% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 6.25% • Presenta 6 actividades sin ejecución que equivale al 37.5%



No	Compromisos Asociados con el Objetivo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
05	Formular e implementar un Programa de Seguridad en la Atención en Salud.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	50.79% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 05	Consta de 7 actividades programadas para el año 2.019, • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 28.57% • Cumplimiento 51-99% son 3 que equivale 42.86% • Cumplimiento 1-50% son 2 que equivale 28.57%
06	Culminar la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), en todos sus componentes y realizar seguimiento a su desarrollo.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	91.76% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 06	Consta de 46 actividades, pero no se tiene en cuenta 3 actividades para el 2.019 en total son 43: • Cumplimiento del 100% son 30 que equivale 65.22% • Cumplimiento 51-99% son 9 que equivale 19.56% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 2.17% • Sin ejecutar 6 que equivale al 13.05%. No se cumplió las actividades No 8-10-11-13-14-15.
LINEA ESTRATÉGICA 04: TRANSFORMACIÓN CULTURAL.				
01	Garantizar el acceso al sistema de empleo público por mérito, la sostenibilidad por desempeño y la estabilidad laboral para los funcionarios públicos de la Empresa Social del Estado, privilegiando la capacitación continua, la motivación laboral y la seguridad en el trabajo.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	69.10% es el valor consolidado de la evaluación LE 04 OB 01	Consta de 44 actividades programadas para el año 2.019, • Cumplimiento del 100% son 15 que equivale 34.10% • Cumplimiento 51-99% son 9 que equivale 20.45% • Cumplimiento 1-50% son 14 que equivale 31.82% • Sin ejecutar 6 que equivale al 13.63%.
LINEA ESTRATÉGICA 05: DESARROLLO SOSTENIBLE				
01	Garantizar la viabilidad y sostenibilidad de la Empresa Social del Estado en el largo plazo mediante una gestión financiera prudente, responsable y transparente.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	103.39% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 01	Consta de 37 actividades programadas para el año 2.019, • Cumplimiento del 100% son 28 que equivale 75.68% • Cumplimiento 51-99% son 4 que equivale 10.81% • Cumplimiento 1-50% son 5 que equivale 13.51%
02	Mantener actualizados los inventarios de activos fijos y bienes consumibles para la prestación de servicios de salud	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	92.82% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 02	Consta de 10 actividades para el 2.019: • Cumplimiento del 100% son 6 que equivale 60.00% Cumplimiento 1-50% son 4 que equivale 40.00%

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



No	Compromisos Asociados con el Objetivo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
03	Implementar un sistema de costos hospitalarios, desagregado hasta el nivel de servicio, que dé cuenta de la inversión económica necesaria para la prestación de cada actividad de salud que realice la Empresa Social del Estado.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	93.32% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 03	Consta de 6 actividades, para el 2.019: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 33.33% • Cumplimiento 1-50% son 4 que equivale 77.77%
04	Gestionar la suscripción del convenio de concurrencia con la nación y el departamento para cubrir el pasivo pensional y de cesantías de la Empresa Social del Estado anterior al año 1.994.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	66.51% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 04	Consta de 3 actividades pero no se tiene en cuenta 1 actividad para el 2.019 en total son 2 <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento 51-99% es 1 que equivale 50.00% • Cumplimiento 1-50% es 1 que equivale 50.00%
05	Gestionar el saneamiento del sistema de aportes patronales recibidos de la nación por concepto de servicios de salud, pensiones, cesantías y riesgos laborales.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	193.06% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 05	Consta de 4 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 50.0% • Cumplimiento 51-99% es 1 que equivale 25.0% • Cumplimiento 1-50% es 1 que equivale 25.0%
06	Garantizar la adecuada disposición de los residuos generados con ocasión de la prestación de servicios de salud, de conformidad con las disposiciones legales vigentes y del Plan de Gestión Integral de Residuos.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	94.80% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 06	Consta de 11 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 7 que equivale 63.64% • Cumplimiento 1-50% son 4 que equivale 36.36%.
LINEA ESTRATÉGICA 06: GERENCIA DEL DÍA A DÍA				
01	Modernizar el sistema de información de la Empresa Social del Estado.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	100.00% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 01	Consta de 11 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 3 que equivale 27.27% • Cumplimiento 51-99% son 3 que equivale 27.27% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 9.0% Sin ejecutar 4 que equivale al 36.36%.



No	Compromisos Asociados con el Objetivo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
LINEA ESTRATÉGICA 06: GERENCIA DEL DÍA A DÍA				
02	Mantener contacto con la comunidad mediante medios de comunicación informáticos y redes sociales.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	53.02% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 02	Consta de 9 actividades programadas para el año 2.019: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 3 que equivale al 33.34% • Cumplimiento 51-99% son 1 que equivale 11.11% • Cumplimiento 1-50% son 2 que equivale 22.22% • Sin ejecutar 3 que equivale al 33.33%. No se cumplió las actividades No 7-8-9%
03	Cumplir con el Plan de Mantenimiento Hospitalario.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	96.59% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 03	Consta de 9 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 4 que equivale 44.44% • Cumplimiento 51-99% son 1 que equivale 11.12% • Cumplimiento 1-50% son 4 que equivale 44.44%
04	Mejorar las condiciones de la planta física de la Empresa Social del Estado.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	99.00% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 04	Consta de 6 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 33.34% • Cumplimiento 51-99% son 3 que equivale al 50.0% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 16.66%
05	Modernizar el parque automotor de ambulancias de traslado asistencial básico de la Empresa Social del Estado.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	107.27% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 05	Consta de 7 actividades para el 2.019: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 7 que equivale 100.0%
LINEA ESTRATÉGICA 07: PARTICIPACIÓN SOCIAL.				
01	Propiciar la implementación y desarrollo de la Política de Participación Social en Salud, mandato constitucional, ético y legal, contenido en las leyes 100 de 1.993, 1438 de 2.011, 1751 y 1757 de 2.015; y adoptada por la resolución 2063 de 2.017.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	91.95% es el valor consolidado de la evaluación LE 07 OB 01	Consta de 14 actividades programadas para el año 2.019, <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del 100% son 10 que equivale 71.44% • Cumplimiento 51-99% ninguna 0% • Cumplimiento 1-50% son 2 que equivale 14.28% • Sin ejecutar 2 que equivale al 14.28%.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Cuadro No 2 Resumen de los Objetivos de la Evaluación de las Dependencias.

Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos					% Cump. Total Obje.	Calificación Control Interno
		0	1 - 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas		
1	Formular el plan de desarrollo institucional, sus planes operativos, el plan de gestión gerencial y los acuerdos de gestión con los gerentes públicos (subgerente de servicios de salud y subgerente administrativo); realizar seguimiento a su ejecución, evaluar los resultados y tomar los correctivos que sean necesarios.	2	0	3	8	9	92,39%	9 puntos
2	Realizar la compra y la prestación de bienes y servicios, según el caso, de acuerdo con las necesidades preestablecidas por la Empresa Social del Estado en el Plan Anual de Compras, conforme los principios y procedimientos del Estatuto de Contratación y del Manual de Procesos y Procedimientos de Contratación.	0	4	3	3	13	131,27%	10 puntos
3	Cumplir con las actividades misionales, inherentes a la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado, a la misión y a los objetivos institucionales, de forma rutinaria, o en casos excepcionales de emergencias y desastres, mejorando la percepción de los servicios de salud por parte de la comunidad y la satisfacción con éstos.	0	2	8	24	28	107,84%	10 puntos
4	Cumplir con las actividades de dirección y apoyo administrativo, inherentes a la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado, a la misión y a los objetivos institucionales.	0	4	24	10	24	84,47%	8 puntos
5	Cumplir con la totalidad de estándares de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, condiciones técnico administrativas y condiciones técnico científicas del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	0	1	1	3	1	84,27%	8 puntos
6	Implementar un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	0	3	7	6	2	64,32%	6 puntos
7	Mantener operativo y útil, un sistema de indicadores para el control de gestión de la calidad en la prestación de servicios salud, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud y rendir los informes correspondientes.	0	0	2	2	4	94,98%	9 puntos
8	Autoevaluar, calificar y cerrar brechas en la implementación del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	6	1	1	2	6	44,24%	4 puntos
9	Formular e implementar un Programa de Seguridad en la Atención en Salud.	0	2	2	1	2	50,79%	5 puntos
10	Culminar la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), en todos sus componentes y realizar seguimiento a su desarrollo.	6	1	5	4	30	91,76%	7 puntos

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos					% Cump. Total Obje.	Calificación Control Interno
		0	1 - 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas		
11	Garantizar el acceso al sistema de empleo público por mérito, la sostenibilidad por desempeño y la estabilidad laboral para los funcionarios públicos de la Empresa Social del Estado, privilegiando la capacitación continua, la motivación laboral y la seguridad en el trabajo.	6	14	6	3	15	69,10%	7 puntos
12	Garantizar la viabilidad y sostenibilidad de la Empresa Social del Estado en el largo plazo mediante una gestión financiera prudente, responsable y transparente.	0	5	4	0	28	103,39%	10 puntos
13	Mantener actualizados los inventarios de activos fijos y bienes consumibles para la prestación de servicios de salud	0	4	0	0	6	92,82%	9 puntos
14	Implementar un sistema de costos hospitalarios, desagregado hasta el nivel de servicio, que dé cuenta de la inversión económica necesaria para la prestación de cada actividad de salud que realice la Empresa Social del Estado.	0	4	0	0	2	93,32%	9 puntos
15	Gestionar la suscripción del convenio de concurrencia con la nación y el departamento para cubrir el pasivo pensional y de cesantías de la Empresa Social del Estado anterior al año 1.994.	1	1	0	1	0	66,51%	8 puntos
16	Gestionar el saneamiento del sistema de aportes patronales recibidos de la nación por concepto de servicios de salud, pensiones, cesantías y riesgos laborales.	0	1	0	1	2	193,06%	10 puntos
17	Garantizar la adecuada disposición de los residuos generados con ocasión de la prestación de servicios de salud, de conformidad con las disposiciones legales vigentes y del Plan de Gestión Integral de Residuos.	0	4	0	0	7	94,80%	9 puntos
18	Modernizar el sistema de información de la Empresa Social del Estado.	4	1	2	1	3	94,90%	10 puntos
19	Mantener contacto con la comunidad mediante medios de comunicación informáticos y redes sociales.	3	2	0	1	3	53,02%	5 puntos
20	Cumplir con el Plan de Mantenimiento Hospitalario.	0	4	0	1	4	93,95%	8 puntos
21	Mejorar las condiciones de la planta física de la Empresa Social del Estado.	0	1	3	0	2	99,00%	9 puntos
22	Modernizar el parque automotor de ambulancias de traslado asistencial básico de la Empresa Social del Estado.	0	0	0	0	7	107,27%	10 puntos
23	Propiciar la implementación y desarrollo de la Política de Participación Social en Salud, mandato constitucional, ético y legal, contenido en las leyes 100 de 1.993, 1438 de 2.011, 1751 y 1757 de 2.015; y adoptada por la resolución 2063 de 2.017.	2	2	0	0	10	91,95%	
TOTAL DE ACTIVIDADES POR RANGOS 441		30	61	71	71	208		
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		6,80%	13,83%	16,10%	16,10%	47,17%		

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Cuadro No 3 Compromisos Dejadados de Realizar por Línea Estratégica y Objetivo

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
1	LE 01 OB 01 AC 11	Proyectar los ajustes requeridos por el Plan de Desarrollo Institucional según los resultados de su evaluación.	Gerente	No se requirieron ajustes en el 2.019 al Plan de desarrollo.
2	LE 01 OB 01 AC 12	Someter las modificaciones al Plan de Desarrollo Institucional al análisis y aprobación de la Junta Directiva	Gerente y Junta directiva	No se tuvieron que realizar ajustes al Plan.
3	LE 03 OB 04 AC 11	Postular a la Empresa Social del Estado, ante la entidad acreditadora, como aspirante al proceso de acreditación.	Gerente, Asesor calidad y grupo directivo	Se inició con el proceso. Con un diplomado de Calidad con ICONTEC.
4	LE 03 OB 04 AC 12	Suscribir contrato con una entidad acreditadora, habilitada como tal por el Ministerio de Salud y Protección Social, para que surta el proceso de evaluación, calificación y certificación de la Empresa Social del Estado en el marco del Sistema Único de Acreditación.	Gerente e ICONTEC	No se ha suscrito el contrato.
5	LE 03 OB 04 AC 13	Propiciar y facilitar el proceso de evaluación de cumplimiento de estándares del Sistema Único de Acreditación, por parte de la entidad acreditadora, en la Empresa Social del Estado.	ICONTEC	No se realizó el contrato.
6	LE 03 OB 04 AC 14	Elaborar planes de mejoramiento para cerrar las brechas de calidad, detectadas en el proceso de evaluación de cumplimiento de estándares del Sistema Único de Acreditación.	Grupo Directivo.	Se esta trabajando en mejorar los diferentes estándares de acreditación.
7	LE 03 OB 04 AC 15	Ejecutar los planes de mejoramiento diseñados, para cerrar las brechas de calidad detectadas.	Grupo Directivo	Se está realizando las mejoras.
8	LE 03 OB 04 AC 16	Hacer seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento diseñados, para cerrar las brechas de calidad detectadas.	Grupo Directivo y Asesor Calidad	Se esta realizando.
9	LE 03 OB 06 AC 08	Estandarizar y documentar el Manual de Procesos y Procedimientos de Organización Jurídica con la metodología definida en por el Comité Operativo del Modelo Estándar de Control Interno y el Grupo Primario de Calidad.	Control Interno, Gerente y Asesor Jurídico.	No se realizó la caracterización de este proceso.
10	LE 03 OB 06 AC 10	Estandarizar y documentar el Manual de Procesos y Procedimientos de Gestión Financiera con la metodología definida en por el Comité Operativo del Modelo Estándar de Control Interno y el Grupo Primario de Calidad.	Control Interno, Subgerente administrativa y Contador.	No se realizó la caracterización de este proceso.
11	LE 03 OB 06 AC 14	Estandarizar y documentar el Manual de Procesos y Procedimientos de Servicios Generales con la metodología definida en por el Comité Operativo del Modelo Estándar de Control Interno y el Grupo Primario de Calidad.	Control Interno y Subgerente administrativa	Está en proceso.
12	LE 03 OB 06 AC 17	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité Operativo del MECI, para su aprobación: Código de ética.	Control interno y Grupo Directivo	No se ha Actualizado el código con la nueva metodología.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
13	LE 03 OB 06 AC 18	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité Operativo del MECI, para su aprobación: Código de Buen Gobierno.	Control interno y Grupo Directivo	No se ha realizado el código.
14	LE 03 OB 06 AC 34	Realizar seguimiento a las evaluaciones de desempeño de los funcionarios no inscritos en el escalafón de carrera administrativa.	Control Interno, Gerente y Asesor jurídico	Solo falta por evaluar los funcionarios del nivel operativo.
15	LE 04 OB 01 AC 10	Diseñar y adoptar un instrumento de evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos vinculados en provisionalidad y en servicio social obligatorio y de los trabajadores oficiales.	Control Interno y Gerente	No se va a realizar el instrumento.
16	LE 04 OB 01 AC 29	Realizar el diagnóstico para la intervención del clima laboral, con el apoyo de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL).	Subgerente de Atención al usuario	No se realizó la actividad.
17	LE 04 OB 01 AC 30	Socializar los resultados del diagnóstico para la intervención del clima laboral.	Comisión de Personal	No se ha socializado.
18	LE 04 OB 01 AC 31	Formular un plan de intervención según el diagnóstico del clima laboral.	Comisión de Personal	No se realizó el plan.
19	LE 04 OB 01 AC 32	Ejecutar las actividades contenidas en el plan de intervención del clima laboral.	Comisión de Personal	No se han ejecutado.
20	LE 04 OB 01 AC 33	Realizar seguimiento a la ejecución del plan de intervención del clima laboral.	Comisión de Personal y Control Interno	No se ha realizado.
21	LE 05 OB 04 AC 03	Suscribir el convenio de concurrencia con la Nación y con el Departamento de Antioquia.	Gerente	Se entrego la información, pero no se ha podido firmar el convenio.
22	LE 06 OB 01 AC 06	Formular el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y sus Planes Operativos Anuales de Actividades (POA) para cada vigencia.	Gerente y Grupo directivo	No se ha realizado y se tiene poco conocimiento del tema
23	LE 06 OB 01 AC 07	Ejecutar las actividades contenidas en el Plan Operativo Anual de Actividades (POA) del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.	Gerente y Grupo directivo	No se realizó el plan.
24	LE 06 OB 01 AC 09	Formular el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y sus Planes Operativos Anuales de Actividades (POA) para cada vigencia.	Gerente y Grupo directivo	No se ha realizado y se tiene poco conocimiento del tema
25	LE 06 OB 01 AC 10	Ejecutar las actividades contenidas en el Plan Operativo Anual de Actividades (POA) del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	Gerente y Grupo directivo	No se realizó el plan.
26	LE 06 OB 02 AC07	Formular planes de mejoramientos con base en el análisis de lo que se publica en las redes sociales.	Gerente y Comunicadora	No se tienen actividades negativas publicadas.
27	LE 06 OB 02 AC08	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados del análisis de las publicaciones en redes sociales.	Gerente y Comunicadora	No se realizó plan de mejoramiento.
28	LE 06 OB 02 AC09	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados.	Comité directivo	No existe acta de reunión.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
29	LE 07 OB 01 AC 07	Promover y apoyar la realización de reuniones periódicas de la Asociación de Usuarios de la ESE de acuerdo a los estatutos.	Gerente, Dirección Local y Representante	Se esta organizando la asociación de usuarios.
30	LE 07 OB 01 AC 08	Promover y apoyar la celebración de la Asambleas Ordinarias de la Asociación de Usuarios de la E.S.E de acuerdo a los estatutos.	Gerente, Dirección Local y Representante	

2.2. Cuadro de las Auditorías a los Procesos Administrativos.

Donde se establece el número de auditorías realizadas, los hallazgos encontrados y las actividades programadas para corregir las falencias encontradas.

Cuadro No 4. Cumplimiento del Plan Anual de Auditorías Internas.

NOMBRE DEL PROCESO Y/O ACTIVIDAD A AUDITAR	MESES DEL AÑO												Nro. Total de Auditorías Programadas	Nro. Total de Auditorías Realizadas	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			
AUDITORÍA POR PROCESOS															
Contratación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12	12
Direccionamiento Estratégico	x			x			x			x				4	4
Organización Jurídica											x			1	0
Gestión de Bienes y Suministros			x			x		x				x		4	2
Gestión del Talento Humano			x		x				x		x			4	3
Gestión Financiera	x			x			x			x				4	4
Gestión de Información						x						x		2	2
Servicio Farmacéutico		x		x		x		x				x		5	3
Mantenimiento Hospitalario				x					x		x			3	1
Servicios Generales						x					x			2	0
Plan de Gestión de Residuos PGIRS			x						x					2	1
SG-SST	x			x		x		x				x		5	4
Arqueos Caja Menor		x			x			x			x			4	2
Planes Estratégicos	x			x			x			x				4	3
Control de Gestión Plan de mejoramiento		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	11
TOTAL DE AUDITORÍAS PROGRAMADAS POR MES	5	4	5	8	4	7	5	6	5	5	7	6		67	52
TOTAL DE AUDITORÍAS EJECUTADAS POR MES	4	3	2	7	3	5	5	3	4	5	5	6		52	52
EL TOTAL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS EN 2.019														77,61%	

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Dentro de los Planes de Mejoramiento elaborados en el 2.019 se establecieron 97 hallazgos para mejorar los cuales están clasificados de la siguiente forma

Cuadro No 5. Clasificación de los hallazgos

Cumplimiento	Total Hallazgos	% de Hallazgos
Se cumplieron	52	53.60%
No se cumplieron	37	38.14%
No se ha vencido el plazo	8	8.26%
TOTALES	97	100.00%

2.3. Cuadro con las Auditorias al PAMEC 2.019. Información obtenida de los informes que entrega el contratista para el desarrollo del sistema de gestión de la calidad en el Hospital durante el año 2.019.

Cuadro No 5. Plan de Auditorias de Calidad – PAMEC 2.019.

AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD PROGRAMADAS – 2.019													Nro. Total de Auditorias Programadas	Nr. Total de Auditorias Realizadas	
Proceso, Servicio, Área	MESES														
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
1 Consulta Medica		x					x						2	2	
2 Urgencias		x					x						2	2	
3 Hospitalización		x					x						2	2	
4 Consulta Odontológica		x								x			2	2	
5 Laboratorio					x								1	1	
6 RX			x										1	1	
7 TAB						x							1	1	
8 TAB				x									1	0	
9 Farmacia					x								1	1	
10 Vacunación					x								1	1	
11 Sistema de Información	x							x					2	2	
12 Programas de P y P						x							1	1	
TOTAL AUDITORIAS PROGRAMADAS MENSUALES	1	4	1	1	3	2	3	1	0	1	0	0	17	16	
TOTAL AUDITORIAS EJECUTADAS MENSUALES	1	4	1	0	3	2	3	1	0	1	0	0		16	
PORCETAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN	88.00%														

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.

Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

Nit 890907297-3



Cuadro No 6. Hallazgos de las Auditorias de Calidad – PAMEC 2.019.

HALLAZGOS ENCONTRADOS POR SERVICIO - 2,018													Nro. Total de Hallazgos por Proceso
Proceso, Servicio, Área	MESES												
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
1	Consulta Medica		3					3					6
2	Urgencias		4					3					7
3	Hospitalización		3					2					5
4	Consulta Odontológica		3							2			5
5	Laboratorio				3								3
6	RX			3									3
7	TAB					2							2
8	TAB												0
9	Farmacia				3								3
10	Vacunación				3								3
11	Sistema de Información	4						2					6
12	Programas de P y P					3							3
No Total de Hallazgos Encontrados		4	13	3	0	9	5	0	10	0	2	0	46
No. Total de Hallazgos Ejecutados		4	11	2	0	9	5	0	9	0	1	0	41
Porcentaje total de cumplimiento de hallazgos		89.13.%											

2.4. Informe del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST para el año 2.019:

El resultado de la autoevaluación según la resolución 0312 de 2.019 fue de 74,25%,

2.4.1. Objetivos y actividades del SG-SST realizadas en el 2.019

OBJETIVOS	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO
1. Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente en materia, de seguridad y salud en el trabajo en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó autoevaluación según la resolución 0312 de 2.019 de los estándares mínimos con la última en diciembre de 2019. Adicionalmente la empresa busca el cumplimiento del decreto 1072 de 2.015 en lo relacionado con seguridad y salud en el trabajo.
2. Definir acciones encaminadas a la prevención de incidentes, accidentes y enfermedades laborales generando ambientes de trabajo seguros y saludables en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none"> Realización de inspecciones de seguridad en las diferentes áreas con las evidencias respectivas a estas, adicionalmente se realiza inspecciones de extintores y botiquín con el informe a la dirección sobre las recomendaciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias. Se realizan las capacitaciones encaminadas la prevención de incidentes, accidentes y enfermedades laborales.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



OBJETIVOS	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO
3. Identificar de forma oportuna las condiciones de salud y trabajo inseguras que pudieran propiciar incidentes, accidentes y enfermedades laborales en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none">Realización de inspecciones de seguridad en las diferentes áreas con las evidencias respectivas a estas, adicionalmente se realiza inspecciones de extintores y botiquín con el informe a la dirección sobre las recomendaciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias.
4. Establecer actividades de gestión del riesgo ante las prioridades identificadas en la evaluación inicial y periódica del SG-SST en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none">De acuerdo al resultado de la autoevaluación en base a la resolución 0312 de 2019 realizada en diciembre 2.019 se establece un plan de acción con las actividades que hacen falta para el cumplimiento de los estándares mínimos y adicionarse en el plan de trabajo del año 2.020.
5. Verificar la implementación de las actividades de prevención y control planificadas y los resultados arrojados por las mismas en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none">Programa de capacitación establecido en el año 2019 alineado con el programa de capacitación del Hospital San Juan de Dios de concordia, del cual reposan las actas de asistencias a las capacitaciones y los temas tratados fueron:Feria de la seguridad (EPP, pausas activas).Felicidad en el trabajo.Riesgo químicoInducción en SG-SST (política, objetivos, reglamento de higiene y seguridad, COPASST, comité de convivencia, riesgos de la labor, definición de accidente, incidente y enfermedad laboral).
6. Definir las actividades de promoción y prevención que permitan mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los empleados en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none">Establecimiento de plan de trabajo 2.019, el cual en el año 2.020 se tiene programado establecer de acuerdo a las necesidades resultantes de la matriz de riesgos y peligros y del resultado de la autoevaluación según 0312 de 2.019.
7. Identificar el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, para el control de los factores de riesgo relacionados en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none">Se cuenta con la herramienta de VISOR, dada por ARL colmena donde se realiza los indicadores básicos de ausentismo, sin embargo, en el año 2.019 no se presentan accidentes de trabajo, ni enfermedades laborales diagnosticadas.

2.4.2. Actividades pendientes de realizar en el SG-SST en el 2.019:

- Realizar presupuesto en seguridad y salud en el trabajo para el año 2020 dentro del presupuesto anual de la empresa.
- Realizar la rendición de cuentas con todos los trabajadores y grupos de apoyo realizando la evaluación establecida en el formato de rendición de cuentas e incluirlo dentro del proceso de rendición de cuentas en general
- Actualizar la matriz legal y agregar los ítems de verificación del cumplimiento de la norma con y plan de acciones a las normas aplicables.
- Establecer el procedimiento y mecanismo de evaluación de los contratistas en SG-SST
- Establecer el procedimiento y el formato para gestión de cambios en seguridad y salud en el trabajo

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



- f. Realizar la encuesta de perfil sociodemográfico y consolidar la información recolectada.
- g. Realizar los profesiogramas de la empresa y darlos a conocer al médico laboral.
- h. Contar con el documento de custodia de historias clínicas.
- i. Establecer las medidas de prevención y control con el plan de trabajo 2.020 de acuerdo con el esquema de jerarquización y la identificación de los peligros, la evaluación y valoración de los riesgos realizada.
- j. Constatar que estas medidas se encuentran programadas en el plan anual de trabajo.
- k. Verificar que efectivamente se dio prioridad a las medidas de prevención y control frente a los peligros/riesgos identificados como prioritarios.
- l. Establecer inspecciones de los EPP, como mecanismo para Verificar la aplicación por parte de los trabajadores de las medidas de prevención y control de los peligros/riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros). así como en el proceso de rendición de cuentas por parte de los trabajadores
- m. Terminar con el acompañamiento de la ARL de documentar el plan de emergencias.
- n. Mejorar la señalización de la empresa.
- o. Buscar el mecanismo de divulgación del plan de emergencias al personal visitante y contratista
- p. Establecer la brigada de emergencia, iniciar la capacitación de esta y proporcionarle el distintivo
- q. Establecer de acuerdo a la necesidad de la empresa los indicadores de estructura, proceso y resultado en SST.

- 2.5. **Informe de la Auditoría de la Contraloría General de Antioquia- CGA vigencia 2.018:** La Contraloría General de Antioquia practico en el año 2.019 la Auditoria Especial de Gestión a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, sobre la base de pruebas selectivas, de evidencias y documentos que soportan el proceso auditado y el cual arrojo los siguientes resultados:

Cuadro No 7 Tipificación de Hallazgos vigencia 2.018 realizada en el 2.019.

Tipo de Hallazgo	Cantidad
Administrativos	8
Disciplinarios	1
Penales	0
Fiscales	0
Total	9

2.5.1. Resumen de los Hallazgos

- 1) **Hallazgo No 1 Contratación:** Se observó que algunos de los contratos fueron rendidos en forma extemporánea, Incumpliendo lo establecido en la resolución 20185000000079 del 12 de enero de 2018 en su artículo 43. **Administrativo.**



- 2) **Hallazgo No 2 Control de Gestión:** En el proceso de auditoría a los expedientes de los contratos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, se evidenció no se cumple con el sistema de foliación acorde con las normas de archivo, incumpliendo el Artículo 16 de la Ley 594 de julio 14 de 2000. **Administrativo.**
- 3) **Hallazgo No 3 Propiedad Planta y Equipo:** En el Reporte de Inventario de Activos Fijos no se distinguen los bienes que son base contable de los bienes que se manejan para efectos de control; adicionalmente, se observan 316 bienes de menos de medio salario mínimo mensual por \$48.627.304; los cuales generan incertidumbre y evidencian incumplimiento de los Numerales 3.2.2 Herramientas de Mejora Continua y Sostenibilidad de la Información Financiera, 3.2.8 Eficiencia de los Sistemas de Información y 3.2.15 Depuración Contable Permanente y Sostenible de la Resolución 193 de 2016 y Numeral 1.2.1 Análisis Verificaciones y Ajustes del Instructivo de Cierre 001 de diciembre de 2018; emitidas por la Contaduría General de la Nación. Detalle a continuación: **Administrativo.**
- 4) **Hallazgo No 4 Propiedad Planta y Equipo:** Algunos bienes fueron ingresados al módulo de Activos con un código que no corresponde al registro contable, condición que no permite su correcta identificación, incumpliendo lo estipulado en los Numerales 3.2.2; 3.2.9; y 3.2.11 de la Resolución 193 de 2016 y Numeral 1.2.1 Instructivo 001 de diciembre de 2018; emitidos por la Contaduría General de la Nación.). **Administrativo.**
- 5) **Hallazgo No 5 Propiedad Planta y Equipo:** La Entidad Hospitalaria carece de un proceso documentado que defina las actividades y tareas a seguir a partir de la fecha que se declare el retiro del servicio de un Bien por deterioro, obsolescencia o desuso. La conducta observada viene retrasando la toma de decisiones respecto a la disposición final de los mismos, como: venta o enajenación, chatarrización, y/o incineración según el caso. Lo anterior afecta la gestión administrativa respecto a la optimización de los espacios disponibles, así como lo inherente a la posible recuperación económica que se derive de la enajenación de los mismos incumpliendo además lo previsto en el Numeral 3.2.9.1 Resolución 193 de 2016 y Numeral 1.2.1 Instructivo 001 de 2018, regulaciones expedidas por la Contaduría General de Nación. **Administrativo.**
- 6) **Hallazgo No 6 Cuentas por Pagar:** La Entidad Hospitalaria suscribió Acuerdo de Pago con la Administración Municipal de Concordia, según autorización contenida en la Resolución 483 de mayor 2019, para facilitar la cancelación de obligaciones por \$404.931.167, que representan la sumatoria de obligaciones causadas en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2018, que se encuentran pendientes por transferir por los conceptos que se detallan a continuación. Esta conducta constituye un desacato a lo previsto en los Artículos 17º, 18º y 19º Estatuto de Rentas Municipal, o Acuerdo 013 noviembre de 2016. A la fecha de la presente evaluación, octubre de 2019, se conoció que la Entidad había cancelados cinco (5) cuotas por \$40.035.592. **Administrativo.**

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



- 7) **Hallazgo No 7 Cuentas por Pagar:** A diciembre 31 de 2018, la Entidad registraba deuda por \$54.094.498, a favor de la Secretaría de Hacienda del Departamento por concepto de Estampilla Pro Hospital. Aunque la obligación se causó a partir de mayo de 2016 sólo se evidencian abonos sobre la obligación por \$17.339.256. Lo anterior constituye un desacato a lo previsto en el Capítulo 20 Estatuto de Rentas Municipal o Acuerdo 013 noviembre de 2016, **Disciplinario.**
- 8) **Hallazgo No 8 Cuentas de Orden Acreedoras:** La cuenta 9120 Litigios y Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos cerró a diciembre 31 con \$965.235.700, presenta incertidumbre sobre la razonabilidad al establecer diferencia con el reporte subido a plataforma de Gestión Transparente de esta Contraloría; el documento soporte registra dos (2) demandas con pretensiones económicas por \$560.000.000, pero esta además no incluye la probabilidad de fallo, inobservando lo previsto en los Numerales 3.2.3.1; 3.2.9 y 3.2.15 Resolución 193 de 2016 y Numeral 1.2.1 Instructivo 001 de diciembre 2018; expedidas por la Contaduría General de la Nación. **Administrativo.**
- 9) **Hallazgo No 9 Cuentas de Orden Acreedoras:** La Cuenta 8333 Facturación Glosada - Servicios de Salud cerró a diciembre 31 con \$235.879.495, presenta incertidumbre sobre la razonabilidad del saldo informado, toda vez que, se detectaron inconsistencias entre el registro contable y la documentación disponible en el módulo, según se ilustra en el cuadro anexo; por consiguiente, se incumplió lo previsto en los Numerales 3.2.3.1; 3.2.9 y 3.2.15 Resolución 193 de 2016, y Numeral 1.2.1 Instructivo No. 001 de diciembre de 2018; expedidas por la Contaduría General de la Nación. **Administrativo.**
- 2.6. **Informe de la Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades PQRSDf para la vigencia del 2.019.** De acuerdo con lo establecido en la norma en la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, se tiene establecido diferentes medios para realizar este procedimiento, como son la oficina de atención al usuario que recibe la queja de forma directa, los buzones de sugerencias, vía internet mediante la página web institucional y por correo.

Con la información de las PQRSDf se realiza un cuadro consolidado de forma anual que sirve como un insumo para la evaluación de la oficina de Control interno en la institución el cual se adjunta a continuación:

Cuadro No 8 Formato de Análisis de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones - PQRSDf.

ENTIDAD:	Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia.
PROCESO:	Atención al Usuario PQRSDf
FECHA:	Consolidado a Diciembre 31 de 2.019
RESPONSABLE:	Auxiliar Administrativa – SIAU.



ANÁLISIS DE LAS PQRSF			
No	Descripción o Concepto	Total	%
1	No de Quejas Recibidas y Atendidas al 31/12/2.019	135	92%
2	No de Peticiones o inconformidades Recibidas al 31/12/2.019	4	3%
3	No de Reclamos Recibidos al 31/12/2.019	0	
4	No de Sugerencias Recibidas al 31/12/2.019	3	2%
5	No de Felicitaciones y Agradecimientos recibidos al 31/12/2.019	5	3%
6	Nro. de PQRSF tramitadas por ser competencia del Hospital	147	100%
7	Nro. de PQRSF trasladadas a otras entidades		
8	Nro. de PQRSF trasladadas a Comité de Control Interno Disciplinario		
9	Nro. de PQRSF dejadas de contestar dentro del plazo estipulado por norma		
10	Nro. de PQRSF trasladadas a los organismos de control		

CLASIFICACIÓN DE LAS PQRSF									
Actividad o dependencia	Total				Actividad o dependencia	Total			
	P	Q	R	S		P	Q	R	S
De asignación de citas	2	16			De Financiera				
Del servicio de urgencias		32		1	De Contratación				
De Hospitalización				1	De Archivo		1		
De la consulta medica		37			De Talento Humano				
De Farmacia	2	34		1	De Servicios Generales				
De Odontología		1			De Almacén				
De Rayos X		5			De Control Interno				
De acciones de P y P		1			De área Administrativa		1		
De Laboratorio		2			De secretaria				
De Vacunación					Otras: Cuales Enfermería		4		
De Medicina Legal					Optometría				
De Atención al Usuario					Ecografías		1		

CLASIFICACIÓN DE FELICITACIONES			
Motivo	Área	Nombre del Funcionario	Total
Felicitaciones	Todo el personal	Todo el personal	1
Felicitaciones y Agradecimientos	Consulta médica	Dra. Lema y Dr. Maximiliano	2
Felicitaciones	Urgencias	Médico y enfermeras	2

SITUACIONES ADMINISTRATIVAS DE LAS PQRSF								
Hallazgos				Traslados			Sanciones	
Fiscales	Penales	Disciplinarios	Administrativos	Fiscalía	Procuraduría	Contraloría	Pecuniaria	Amonestación
0	0	0	147	0	0	0	0	0

“Salud Integral para Todos”
 Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
 Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com
 Nit 890907297-3



Observaciones y Comentarios

1. Se evidencia en el consolidado del informe de PQRSF presentado por la Auxiliar Administrativa de la oficina de atención al usuario – SIAU, que la Consulta médica (37), Asignación de Citas médicas (18), Farmacia (37) y la Atención en urgencias (33) presentan el mayor Número de Hallazgos con un total de 125 que representan el 85% entre las dos actividades que es considerado muy alto.
2. Para el 4º trimestre del 2.019 se presentó un aumento muy alto en las PQRSF, esto debido a que la Sra representante de la asociación de usuarios del Hospital entregó un número considerable de pequeños papeles con determinadas quejas de los usuarios.
3. Con respecto a las quejas se pasó de 57 quejas en el 2.018 a 135 en el 2.019 con un incremento de 78 quejas que representa el 136.8%; las peticiones en el 2.019 fueron 4 y no se presentaron en el 2.018 para un incremento del 100%; las Sugerencias en el 2.019 fueron 3 y en el 2.018 fueron 2 se incrementó en el 50%. Pero también se disminuyeron las felicitaciones pasando de 5 en el 2.019 a 9 que se tuvieron en el 2.018 con una disminución de 4 felicitaciones.
4. Se presentaron 5 quejas en el servicio de Rayos X que no se venían presentando. Hay que revisar que paso en el 4º trimestre para solucionar estas quejas. Y también se incrementaron las quejas en la consulta médica y en la farmacia por entrega de medicamentos.
5. Los motivos de las PQRSF en el 2.019 fueron los siguientes de acuerdo con el informe de la oficina de Atención al usuario:
 - En Farmacia, entrega de medicamento equivocado, solicitan atención preferencial, entregar todos los medicamentos completos y solucionar el problema que hay con las filas tan largas que hay que hacer para reclamarlo.
 - Muy demorada la atención en urgencias cuando ingresan al triaje, mejorar la oportunidad en la atención y la calidad humana en el servicio.
 - Los médicos en consulta externa son demorados para llamar a los pacientes para la atención y cuando llegan tarde no los atienden.
 - Resultado de examen de laboratorio que no fue subido al sistema y el usuario perdió la venida para la revisión de este, solicitan mejorar la oportunidad en la asignación de las citas y mejorar la calidad humana en el servicio.
 - El Servicio de Crecimiento y desarrollo: al usuario no le gustó un comentario que hizo la funcionaria en el servicio acerca de su hijo.
 - En Admisiones no contestan el teléfono para asignar citas o cancelarlas.
 - En Consulta médica externa se solicita oportunidad en la asignación de la cita, mejorar la atención preferencial, médicos con más experiencia y calidad humana y que atiendan a la hora que asignaron la cita.
 - En Hospitalización solicitan mejorar la alimentación a los pacientes hospitalizados.
 - En odontología solicitan mejorar la oportunidad en la asignación de citas.
 - En rayos X solicitan que llamen a los usuarios cuando tienen citas y no los puedan atender por algún imprevisto en el servicio.
 - Se quejan de diferentes funcionarias administrativas por mala atención.
 - Servicio de Ecografías: no les parece confiable el resultado de la ecografía.
6. Es importante resaltar que se ha mejorado notablemente en la atención al usuario por todo el personal que labora en el Hospital, se debe continuar prestando un servicio con calidad, oportunidad y más humanizado.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3

- 2.7. **Los Indicadores de calidad:** Estos son tenidos en cuenta para la evaluación de las diferentes dependencias durante la vigencia del 2.019 y que son otro de los insumos para la evaluación de la oficina de control interno.

Estos se revisan con los Cuadro de Control de Mando de Indicadores que tienen las siguientes dependencias publicados en una carpeta interna denominada Pública en la carpeta de Indicadores de Calidad 2.019:

Cuadro de Mando de Indicadores de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
Cuadro de Mando de Indicadores de Consulta Médica General.
Cuadro de Mando de Indicadores de Hospitalización.
Cuadro de Mando de Indicadores de Urgencias.
Cuadro de Mando de Indicadores de Odontología.
Cuadro de Mando de Indicadores de Promoción y Prevención.
Cuadro de Mando de Indicadores de Servicio Farmacéutico.

- 2.8. **Evaluación del Sistema de Control Interno – MIPG de la Vigencia 2.018.** Este informe se rinde a través de unos cuestionarios que maneja el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP en el aplicativo FURAG II a través de unos cuestionarios que deben ser respondidos por el jefe de control interno y el encargado de la planeación en cada entidad, que para el caso del Hospital es el gerente.

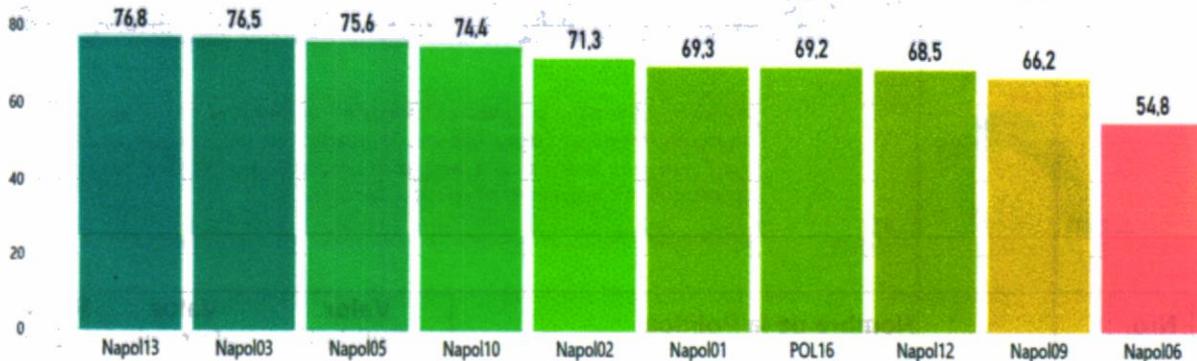
Es importante anotar que para el año del 2.019 entre los meses de octubre y noviembre se habilitó la plataforma del FURAG II para que cada entidad elaborara algunos cuestionarios relacionados con la información de la vigencia del 2.018 además se dejó que para los meses de Febrero y Marzo del 2.020 se terminara de elaborar los cuestionarios que no se tuvieron en cuenta en el 2.019 de las dimensiones:

- 1) Talento Humano
- 2) Direccionamiento Estratégico y Planeación.
- 3) Gestión con Valores para Resultados.
- 4) Evaluación de Resultados.
- 5) Información y Comunicación.
- 6) Gestión del Conocimiento y la Innovación.
- 7) Control Interno.

El índice de desempeño institucional refleja el grado de orientación que tiene la entidad hacia la eficacia (la medida en que se logran los resultados institucionales), eficiencia (la medida en que los recursos e insumos son utilizados para alcanzar los resultados) y calidad (la medida en la que se asegura que el producto y/o prestación del servicio responde a atender las necesidades y problemas de sus grupos de valor).

Para la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia el Informe arrojó los siguientes resultados:

“Salud Integral para Todos”
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844.66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Nota: Los colores en este gráfico representan un ranking de las políticas según los puntajes obtenidos. No necesariamente determinan un alto o bajo desempeño.

Napol01: Nivel de avance de Gestión Estratégica del Talento Humano
Napol02: Nivel de avance de Integridad
Napol03: Nivel de avance de Planeación Institucional

Napol05: Nivel de avance de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
Napol06: Nivel de avance de Gobierno Digital
Napol09: Nivel de avance Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la

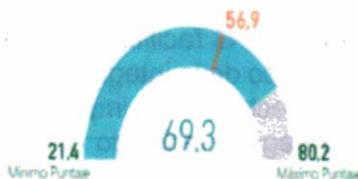
Napol10: Nivel de avance de Servicio al ciudadano
Napol12: Nivel de avance de Participación Ciudadana en la Gestión Pública
Napol13: Nivel de avance de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
POL16: Control Interno

2.7.1 Resultados de desempeño por dimensión y políticas

- 1). **Dimensión del talento Humano:** MIPG concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades sin el cual sería imposible gestionarse y lograr sus objetivos y resultados. El talento humano lo conforman todas las personas que laboran en la entidad y contribuyen con su trabajo al cumplimiento de su propósito fundamental, y a garantizar derechos y responder demandas de los ciudadanos, en el marco de los valores del servicio público.

Este compuesto de la Gestión del Talento Humano y la Integridad:

Gestión estratégica del talento humano

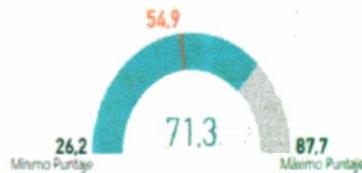


Medición del nivel de avance de la política de talento humano: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para gestionar adecuadamente su talento humano de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad, las normas que les rigen en materia de personal y la garantía del derecho fundamental al diálogo social y a la concertación, promoviendo la integridad en el ejercicio de las funciones y las competencias de los servidores públicos.

“Salud Integral para Todos”
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Integridad

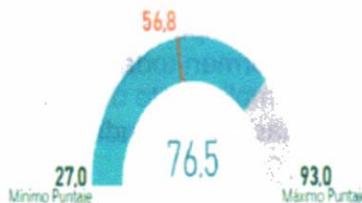


Medición del nivel de avance de la política de integridad: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para implementar la estrategia de cambio cultural que incluya la adopción del código de integridad del servicio público, el manejo de conflictos de interés y el fortalecimiento de la declaración de bienes y rentas, la gestión de riesgos y el control interno.

Nro.	Nombre de la Política	Valor Entidad	Valor referencia	Resultado Quintil
1	Gestión del Talento humano	69.3	80.2	5
2	Integridad	71.3	87.7	5

- 2). **Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación:** MIPG tiene como condición que las entidades tengan claro el horizonte a corto y mediano plazo que le permita definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, así como fortalecer su confianza y legitimidad. En torno a la satisfacción de las necesidades ciudadanas, las entidades focalizan sus procesos y el uso de sus recursos.

Planeación institucional



Medición del nivel de avance de la política de planeación institucional: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para, a partir de las necesidades de sus grupos de valor, proyectar sus objetivos, metas y resultados, definir los mejores cursos de acción y recursos para lograrlos, identificar los riesgos a los que está expuesta y diseñar los mecanismos para el seguimiento, control y evaluación.

Nro.	Nombre de la Política	Valor Entidad	Valor referencia	Resultado Quintil
1	Direccionamiento estratégico			
2	Planeación Institucional	76.5	93.0	5

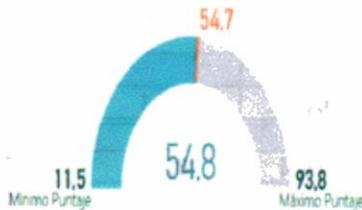
- 3). **Dimensión de Gestión con Valores para Resultados:** MIPG facilita que la gestión de las entidades se oriente al logro de resultados en el marco de la integridad, a través de la puesta en marcha de los cursos de acción o trayectorias de implementación definidas desde los ejercicios de direccionamiento estratégico, teniendo en cuenta el talento humano del que dispone la entidad.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3

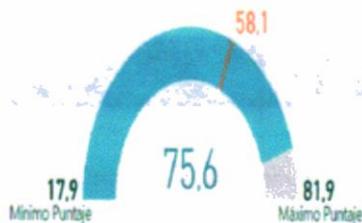


Gobierno digital



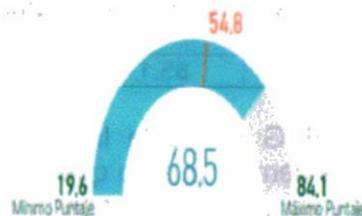
Medición del nivel de avance de la política de gobierno digital: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para usar y aprovechar tecnologías de la información y las comunicaciones TIC para consolidar un Estado y ciudadanos proactivos e innovadores que generan valor público en un entorno de confianza digital.

Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos



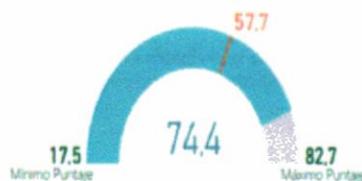
Medición del nivel de avance de la política de fortalecimiento organizacional: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para desarrollar y formalizar un diseño o rediseño organizacional, donde a partir del entendimiento de los objetivos institucionales de la entidad, se realice una revisión técnica que oriente el modelo de operación por procesos, la estructura organizacional y la planta de personal hacia esos fines.

Participación ciudadana en la gestión pública



Medición del nivel de avance de la política de participación ciudadana en la gestión pública: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para diseñar y ejecutar la estrategia anual con los mecanismos, espacios y acciones a través de las cuales se facilitará y promoverá la participación de la ciudadanía y sus organizaciones en los asuntos de su competencia; permitiendo con ello niveles de incidencia y contribución ciudadana al logro de resultados institucionales para la satisfacción de las necesidades y derechos.

Servicio al ciudadano



Medición del nivel de avance de la política de servicio al ciudadano: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para emprender estrategias de fortalecimiento de componentes visibles (de la ventanilla hacia afuera) y no visibles (de la ventanilla hacia adentro) por sus usuarios, para la entrega de servicios oportunos, certeros, de calidad y satisfactorios.

“Salud Integral para Todos”

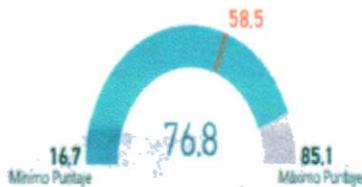
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Nro.	Nombre de la Política	Valor Entidad	Valor referencia	Resultado Quintil
1	Gestión presupuestal y gasto público.			
2	Gobierno digital	54.8	93.8	5
3	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	75.6	81.9	5
4	Seguridad digital			
5	Participación ciudadana en la gestión pública	68.5	84.1	5
6	Racionalización de Trámites			
7	Servicio al Ciudadano	74.4	82.7	5

- 4). **Dimensión de Evaluación de Resultados:** Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión.

Seguimiento y evaluación del desempeño institucional



Medición del nivel de avance de la política de evaluación y seguimiento: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para conocer de manera permanente los avances en su gestión y la consecución efectiva de los resultados planteados con la oportunidad, cantidad y calidad esperadas, e implementar acciones para mitigar los riesgos que la desvían del cumplimiento de sus objetivos y metas. Así mismo, el compromiso de la entidad para identificar aciertos y desaciertos en su gestión y promover acciones de

Nro.	Nombre de la Política	Valor Entidad	Valor referencia	Resultado Quintil
1	Evaluación de resultados			
2	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	76.8	85.1	5

- 5). **Dimensión de Información y Comunicación:** El MIPG define la Información y Comunicación como una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión.

Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción



Medición del nivel de avance de la política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para garantizar el acceso a la información pública por parte de las entidades.

“Salud Integral para Todos”

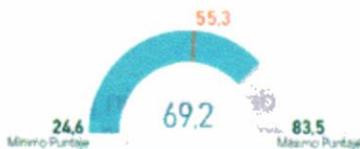
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



Nro.	Nombre de la Política	Valor Entidad	Valor referencia	Resultado Quintil
1	Información y comunicación			
2	Gestión documental			
3	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	66.2	83.3	5

- 6). **Dimensión de la Gestión del Conocimiento y la Innovación:** La Gestión del Conocimiento y la Innovación fortalece de forma transversal a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación) en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.
- 7). **Dimensión de Control Interno:** El MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

Control interno



Medición del nivel de avance de la política de control interno: este valor representa una medición inicial del trabajo que está adelantando la entidad para articular acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional de las entidades públicas.

IV. Autoevaluación vs. Evaluación independiente



(En bl.

176: CONTROL INTERNO: Institucionalidad (esquema líneas de defensa) adecuada para la efectividad del control interno.

Nota: El índice de evaluación independiente sólo aparece para aquellas entidades en las que el Jefe de Planeación diligenció el FURAG.

“Salud Integral para Todos”
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



2.7.2. Índice de desempeño del MECI:

Dimensión	Puntaje consultado	Puntaje máximo
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	69,7	98,31
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	71,8	95,50
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	66,2	94,21
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	63,8	96,82
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	73,2	98,64

2.7.3. Interpretación de los Factores Evaluados:

1. **C1: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:** Analiza el modelo de operación por procesos en toda su complejidad (análisis de necesidades de usuarios, procedimientos, indicadores, acciones correctivas y preventivas), como base fundamental para el desarrollo de los planes, programas y proyectos en la entidad.
2. **C2: ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:** Analiza cada uno de los elementos que desarrollan y facilitan la gestión del riesgo en todos los niveles de la entidad.
3. **C3: ENTORNO DEL CONTROL:** Analiza los aspectos básicos que facilitan la implementación del modelo de control interno, como son: El compromiso de la alta dirección, los lineamientos éticos, las políticas para el desarrollo del talento humano y aquellos lineamientos básicos para el Direccionamiento estratégico de la Entidad (Misión, Visión y Objetivos Institucionales).
4. **C4: COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN:** Analiza los aspectos requeridos para el manejo de la información tanto interna como externa, entre ellos la identificación básica de los usuarios (internos y externos), fuentes de información, los mecanismos y sistemas de información que permitan su gestión. Así mismo se verifica los lineamientos relacionados con la política de transparencia y rendición de cuentas.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.

Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

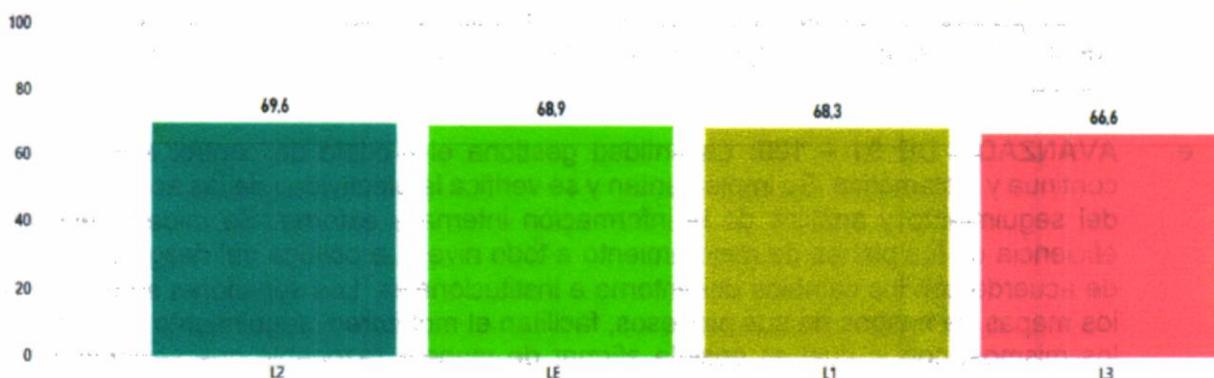
Nit 890907297-3



5. **C5: SEGUIMIENTO:** Analiza los procesos de evaluación y seguimiento implementados por la entidad, incluye el seguimiento realizado por parte de los líderes de los procesos, la evaluación independiente realizada por parte de la oficina de Control interno y los procesos auditores llevados a cabo por parte de los organismos de control. Se evalúa la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento (institucional, por procesos e individual).



III. Índices de desempeño de las líneas de defensa



Nota: Los colores en este gráfico no representan un alto o bajo desempeño, sino un ranking de las líneas de defensa a partir de los puntajes de la consulta.

Id índice	Descripción
LE	CONTROL INTERNO: Línea Estratégica
L1	CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa
L2	CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa
L3	CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa

2.7.4. Explicación de los Niveles de Madurez:

- a. **INICIAL DE 0 – 10:** La entidad conoce de forma incipiente la estructura de Modelo de Control Interno. Conoce sus funciones, en concordancia ha establecido su misión y visión, reconociendo a su vez los objetivos con los cuales contribuye a los fines esenciales del estado. Dado el nivel de avance en la implementación del modelo, se requiere avanzar con urgencia en definir los roles, responsabilidades, recursos y otros aspectos esenciales por parte de la alta dirección para poder avanzar con su implementación y fortalecimiento.
- b. **BÁSICO DE 11 – 35:** La entidad aplica el modelo de control interno de una manera primaria. Ha adoptado los lineamientos normativos para la adecuada gestión de los procesos, cuenta con un direccionamiento estratégico y tiene identificados las diferentes fuentes de información internas y externas, ha iniciado con el diseño de herramientas de control y seguimiento, pero aún no cuenta con datos relevantes para su análisis. Ha formulado su Política de gestión de Riesgos de forma básica.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



- c. **INTERMEDIO DE 36 – 65:** La entidad aplica el modelo de control interno de forma más estructurada. Cuenta con un sistema de información y canales de comunicación en operación, ajusta sus procesos con base en la información recolectada de forma interna. Posee una Política de gestión del riesgo más robusta. Ha iniciado con la implementación de la metodología para la identificación de los riesgos por proceso.
- d. **SATISFACTORIO DE 66 – 90:** La entidad cumple de forma completa y tiene bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de los procesos. La Política de riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con un mapa de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de los riesgos.
- e. **AVANZADO DE 91 – 100:** La entidad gestiona el modelo de control interno de forma continua y sistemática. Se implementan y se verifica la efectividad de las acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa. Se mide la eficacia y la eficiencia de los planes de mejoramiento a todo nivel. La política del riesgo es actualizada de acuerdo con los cambios del entorno e institucionales. Los servidores se han apropiado los mapas de riesgos de sus procesos, facilitan el monitoreo, seguimiento y verificación de los mismos, con lo cual es posible afirmar de manera razonable que se cuenta con una gestión del riesgo eficiente y efectiva a todos los niveles.

Lo más importante para el mejoramiento continuo en el Hospital es que todos los funcionarios estén dispuestos asumir el reto de mejorar e implementar el Sistema de Gestión Integrado (SGI), y para ello se requiere que se tengan unos compromisos claros, personas responsables de los procesos, recursos y un plan de trabajo bien establecido al cual se le dé un estricto cumplimiento.

Teniendo en cuenta que en el 2.016 se elaboró y adoptó el Nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2.016 -2.020, se debe aprovechar la actualización y elaboración de una serie de Manuales, Guías, Procedimientos y Planes que van a propiciar que el Hospital cumpla con su misión y los objetivos Institucionales. Para eso se recomienda fortalecer los siguientes elementos y actividades como son:

- Revisar el Código de ética y/o código de Integridad y de buen gobierno actualizarlos.
- Presentar a los funcionarios una charla sobre gestión ética valores y compromisos.
- Fortalecer la Política de participación ciudadana en el Hospital.
- Elaborar el nuevo Plan de Desarrollo Institucional.
- Elaborar y actualizar el Manual de inducción y reinducción.
- Implementar el proceso caracterizado de la gestión del talento humano.
- Se debe socializar el plan de trabajo e implementar el SG-SST.
- Elaborar, implementar y adoptar el Manual operaciones del SGI del Hospital.
- Implementar el manejo de las fichas Técnicas de los Indicadores de los diferentes procesos y/o dependencias.
- Actualizar los mapas de riesgos de todos los procesos y realizar el seguimiento.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



- Elaborar el Manual o la guía de administración del riego en el Hospital y adoptarla.
- Se deben capacitar a varios funcionarios del Hospital en el proceso de auditorías.
- Se debe implementar una cultura del Autocontrol.
- Se deben realizar los seguimientos a los planes de mejoramiento continuo con el fin de cerrar las brechas establecidas en los mismos.
- Se recomienda reforzar la sensibilización de los procesos y los elementos para que se pongan en práctica.
- Realizar un seguimiento a las actividades y planes de mejoramiento que se dejan escritas en las actas de los diferentes comités.
- Se deben tener en cuenta los informes de evaluación al sistema de control interno para mejorar los procesos y los objetivos institucionales.
- Se recomienda que los líderes de los procesos realicen una revisión y seguimiento de las políticas en los grupos primarios.
- Se recomienda reinducción en manejo de las TRD y socializar y adoptar los documentos del proceso de gestión documental como son PINAR, Programa de Gestión Documental - PDG, inventario documental entre otros. Elaborar las TVD.
- Se debe estandarizar toda la documentación del Hospital de acuerdo con la normatividad vigente del Archivo General de la Nación.
- Implementar el proceso de gestión de bienes y servicios. Activos Fijos.
- Realizar el seguimiento a las PQRSD y presentar un informe semestral al Gerente.
- Estandarización de los requisitos para las compras, la selección de los proveedores y definición de políticas para la evaluación de proveedores y para la verificación de los bienes y servicios comprados o contratados.
- Fortalecer la metodología para la medición de la percepción de los ciudadanos y socializar los resultados de dicha medición.
- Continuar con la documentación e implementación del plan de Auditorías Internas y de Calidad y formación de auditores internos de calidad.
- Continuar con la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

2.8. Seguimiento al Sistema de Costos: Dentro del Plan de Desarrollo Institucional en la línea Estratégica 05 Desarrollo Sostenible se tiene el objetivo 03 Implementar un Sistema de Costos Hospitalarios desagregado hasta el nivel de servicio, que dé cuenta de la inversión económica necesaria para la prestación de cada actividad de salud que realice la Empresa Social del Estado.

Queremos presentar el resultado consolidado al 31 de diciembre del 2.019 arrojado de los contos totales frente a lo facturado y valor comparativo de lo facturado entre el 2.018 y el 2.019. Establecidos en los siguientes cuadros donde se puede ver el resultado de los costos totales por servicio.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



CUADRO CONSOLIDADO AÑO COSTO TOTAL VS FACTURADO A DICIEMBRE 31 DE 2.019

CENTRO DE COSTO	COSTO TOTAL 2.019	FACTURADO 2.019	DIFERENCIA AL COSTO TOTAL	MARGEN
URGENCIAS	\$ 1.166.336.771	\$ 476.697.588	-\$ 689.639.183	-59,13%
CONSULTA EXTERNA	\$ 830.685.738	\$ 556.924.684	-\$ 273.761.055	-32,96%
SALUD ORAL	\$ 207.635.761	\$ 136.307.060	-\$ 71.328.701	-34,35%
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	\$ 515.822.976	\$ 785.370.890	\$ 269.547.914	52,26%
HOSPITALIZACIÓN	\$ 394.231.813	\$ 288.008.997	-\$ 106.222.816	-26,94%
SALA DE PARTOS	\$ 64.976.940	\$ 22.639.215	-\$ 42.337.725	-65,16%
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 333.704.413	\$ 675.061.863	\$ 341.357.450	102,29%
IMAGENOLÓGIA	\$ 153.894.152	\$ 158.914.459	\$ 5.020.307	3,26%
OTROS APOYOS DIAGNÓSTICOS	\$ 121.499.995	\$ 134.149.012	\$ 12.649.018	10,41%
FARMACIA	\$ 748.893.973	\$ 1.707.060.907	\$ 958.166.934	127,94%
AMBULANCIA	\$ 481.870.785	\$ 361.570.602	-\$ 120.300.183	-24,97%
OTROS SERVICIOS	\$ 1.681.916.357	\$ 1.630.784.803	-\$ 51.131.554	-3,04%
TOTAL	\$ 6.701.469.673	\$ 6.933.490.079	\$ 232.020.406	3,46%

CUADRO COMPARATIVO FACTURADO 2.018 VS 2.019

CENTRO DE COSTO	FACTURADO 2.018	FACTURADO 2.019	DIFERENCIA AL COSTO TOTAL	MARGEN
URGENCIAS	\$ 364.268.866	\$ 476.697.588	\$ 112.428.722	30,86%
CONSULTA EXTERNA	\$ 578.490.069	\$ 556.924.684	-\$ 21.565.385	-3,73%
SALUD ORAL	\$ 109.562.461	\$ 136.307.060	\$ 26.744.599	24,41%
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	\$ 800.482.294	\$ 785.370.890	-\$ 15.111.404	-1,89%
HOSPITALIZACIÓN	\$ 183.293.603	\$ 288.008.997	\$ 104.715.394	57,13%
SALA DE PARTOS	\$ 69.385.563	\$ 22.639.215	-\$ 46.746.348	-67,37%
LABORATORIO CLÍNICO	\$ 625.126.991	\$ 675.061.863	\$ 49.934.872	7,99%
IMAGENOLÓGIA	\$ 159.244.464	\$ 158.914.459	-\$ 330.005	-0,21%
OTROS APOYOS DIAGNÓSTICOS	\$ 144.441.101	\$ 134.149.012	-\$ 10.292.089	-7,13%
FARMACIA	\$ 1.598.265.636	\$ 1.707.060.907	\$ 108.795.271	6,81%
AMBULANCIA	\$ 315.067.981	\$ 361.570.602	\$ 46.502.621	14,76%
OTROS SERVICIOS	\$ 1.321.569.228	\$ 1.630.784.803	\$ 309.215.575	23,40%
TOTAL	\$ 6.269.198.258	\$ 6.933.490.079	\$ 664.291.821	10,60%

En los cuadros anteriores se puede evidenciar que para el año 2.019 los centros de costos de promoción y prevención, laboratorio clínico, Imagenología, otros apoyos diagnósticos y farmacia son los que están dejando un margen positivo frente a lo facturado, los demás presentan márgenes negativos.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



3. RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

La Oficina de Control Interno realizó la evaluación de veinte tres (23) Objetivos institucionales compuesto por cuatrocientos cuarenta y un (441) actividades programadas para el Plan Operativo Anual de la Vigencia de 2.019 en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia – Antioquia, donde se puede evidenciar que 279 actividades se cumplieron en un porcentaje mayor al 80% para un cumplimiento global del **63.26%**, 71 actividades en un rango de 51 al 80% para un cumplimiento del **16.11%** y 91 actividades cumplidas en un porcentaje menor o igual al 50% que equivale a un cumplimiento global del **20.63%**.

Además, se realizó el autodiagnóstico del MIPG en sus siete dimensiones y respondiendo los 15 cuestionarios relacionados con las mismas de acuerdo con la metodología establecida por el DAFP, lo cual arrojó un plan de mejoramiento y un Plan de acción que se hace necesario que los líderes de los procesos lo estén revisando y ejecutando.

De acuerdo con lo anterior la Oficina de Control interno realiza las siguientes recomendaciones más relevantes de la evaluación por Procesos y/o Dependencias así:

1. Es muy importante que cada líder de los procesos organice en carpetas la documentación relacionada con las diferentes actividades, con el fin de poder recopilar la información de una manera más eficiente.
2. Se hace necesario darle cumplimiento a la programación que realiza la gerencia de los diferentes comités y grupos primarios por parte de los líderes de los procesos.
3. Con respecto a las reuniones de los diferentes comités y grupos primarios se puede observar que existe una falencia por parte de las personas encargadas de elaborar y aprobar las respectivas actas en aspectos como manejo del formato, establecimiento de compromisos y por último el seguimiento de los mismos. De acuerdo con lo anterior se recomienda que se maneje un mismo formato para las actas, se tengan muy claros los compromisos que se pacten, el responsable, la fecha, los recursos que se requieran y realizar el seguimiento permanente a los compromisos con el fin de realizar la mejora y hacer el cierre de la no conformidad. Se debe elaborar el acta y plan de mejoramiento de cada reunión y pasarlos a la oficina de control interno dentro de los 15 días siguientes a la reunión, con el fin de realizar el seguimiento.
4. Es muy importante que los líderes de los procesos deben de elaborar los respectivos informes para presentarlos a los diferentes comités, con el fin de que sean conocidos por todo el personal.
5. Se hace necesario que la oficina de control interno y los líderes de los procesos realicen una programación con el fin de realizar la Caracterización de los procesos, misionales y de apoyo que están faltando.

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3

6. Es muy importante que los funcionarios del Hospital estén familiarizados con el manejo de las 7 dimensiones y Plan de Acción o de trabajo del MIPG con el fin de cumplir con las actividades.

4. ANEXOS:

- 1) Cuadros de la Evaluación del Plan de desarrollo Institucional del 2.019
- 2) Informe de Auditorías Internas de los procesos administrativos del 2.019.
- 3) Informe del PAMEC del 2.019.
- 4) Informe de la oficina de atención al usuario del 2.019
- 5) Informe de la Contralora general de Antioquia del 2.019
- 6) Informe y auditoria del SG-SST del 2.019.
- 7) Resultados del FURAG II del DAFP.
- 8) Cuadros de mando de los indicadores de calidad de los diferentes servicios.
- 9) Cuadros de costos del 2.018 y el 2.019



JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA
Asesor de Control interno.