EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

INFORME DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR PROCESOS DE 2.023.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Versión 7.0

CONCORDIA, Febrero 22 de 2.024

DOCTOR. JOAQUÍN ALBERTO ALVAREZ MONSALVE
Gerente de la Empresa Social del Estado

SEÑORA CATALINA SANCHEZ GRANADOS
Subgerente Atención al Usuario

SEÑOR. JAIME ANDRES MONTOYA ARTEAGA
Subgerente Administrativo

SEÑOR. JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA
Asesor de Control Interno

DOCTORA ANA MARIA GONZALEZ ESCOBAR
Odontóloga

SEÑORA. GLORIA MARÍA LONDOÑO GIRALDO
Profesional Universitaria del Área de la Salud

SEÑORA. JULIANA ANDREA CADAVID MESA
Enfermera

SEÑOR. SEGIO ADRÍAN AGUDELO ALZATE
Enfermero

SEÑORA. RAQUEL ROMERO ANAYA
Regente de Farmacia

SEÑORA. CLAUDIA ORTIZ OSPINA
Auxiliar Administrativa SIAU

SEÑORITA. LUZ ALEIDA BETANCUR TOBON
Secretaria

TABLA DE CONTENIDO.

	Introducción	04
1.	ASPECTOS GENERALES	05
1.1.	Normatividad	05
1.2.	Objetivo de la Evaluación	05
1.3.	Objetivos Generales	06
1.4.	Alcance	06
2.	METODOLOGÍA	06
2.1.	Evaluación del Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE	07
2.1.1.	Informe de Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional y Operativo	07
2.1.2.	Informe de Seguimiento al Plan de Gerencial	13
2.1.3.	Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión	14
2.1.4.	Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos	14
2.1.5.	Informe de Seguimiento a los Comités institucionales	16
2.2.	Proceso de Contratación	18
2.3.	Proceso de Gestión de Información	21
2.4.	Proceso de Gestión de Talento Humano	23
2.5.	Proceso de Gestión de Bienes y Suministros	27
2.6.	Proceso de Mantenimiento Hospitalario	31
2.7.	Proceso de Gestión de Control	32
2.8.	Proceso de Gestión Financiera	40
3.	ANEXOS	43

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0	2017	Creación del documento.
2.0	2018	Se actualiza la versión uno del documento, en la versión No 02 de 2018. En los siguientes aspectos: • 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	Se actualiza el capítulo 1 Aspectos generales el numeral 1.1 Normatividad vigente. 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. Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
5.0	2021	Se actualizan todos los cuadros en esta versión. En la metodología se agrega la evaluación a los procesos
6.0	2022	Se cambia la Portada y el objetivo de la evaluación. Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
7.0	2023	Se actualizan todos los cuadros de la versión 6.0. Se Cambia el Objetivo General de la versión 6.0.

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 2020 – 2024 "Desarrollo Social con Calidad y Calidez", al Plan Operativo Anual 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 mediante el Índice de Medición del Desempeño Institucional MIDI, al Plan operativo del Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG y el MECI, a las auditorías a los procesos internos y las de calidad PAMEC, 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.

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. Titulo 8º, Capitulo 1º Evaluación del Desempeño Laboral.

- **Acuerdo 565 de 2.016:** Capitulo II, Artículo 8º Responsables en el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral.

- **Acuerdo 816 de 2.016:** Capitulo 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 028 de 2.021:** Adopción del Plan Anual de Auditorías Internas de 2.021.

- **Resolución No 199 de 2.019:** Adopción del Código de Ética del Auditor Interno.

1.2. Objetivo del Informe.

Realizar actividades encaminadas a verificar que se ejecuten de una manera responsable, transparente y con igualdad, moralidad, eficiencia, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales los procesos, planes, políticas, métodos, principios y proyectos de acuerdo con la normatividad vigente, con el fin de garantizar un mejoramiento continuo a la gestión, ayudando al cumplimiento de la misión, objetivos y metas institucionales.

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 procesos que realiza la oficina de Control interno cada año involucra todas las dependencias y funcionarios de 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 Auditoria y Seguimientos desarrollados en las diferentes dependencias y a los procesos durante el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2.023. 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, Resultado del Índice de Desarrollo Institucional- IDI de 2022 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 y el PAMEC.

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 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) Evaluación al Proceso de Direccionamiento Estratégico – DIE: conformado por el seguimiento a las actividades del Plan de Desarrollo Institucional; los resultados de los indicadores de calidad; y el seguimiento a los comités institucionales, con corte a Diciembre 31 de 2.023.

2) El Segundo Anexo que se tiene en cuenta para la evaluación de la oficina de control interno para la vigencia del 2.023 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 2.023.

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 del Índice de Desarrollo Institucional - IDI sacados de la matriz del FURAG II.

Con base en la información antes mencionada se realiza el siguiente informe de gestión de la oficina de Control Interno del año 2023 con el fin de dar a conocer a la alta dirección el resultado de las metas, planes y actividades desarrollados en cada uno de los procesos:

2.1. Evaluación al Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE	
Responsable:	Gerente de la Empresa Social del Estado.
Objetivo:	Establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, evaluación y control del Plan de Desarrollo Institucional y sus instrumentos operativos, financieros y el plan de gestión gerencial, el Plan Operativo anual y los Acuerdos de gestión en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia en el largo, mediano y corto plazo en forma participativa y concertada de acuerdo con los principios de autonomía, continuidad, participación, coherencia, viabilidad, eficiencia y eficacia.
Documentos:	Plan de Desarrollo Institucional 2.020 - 2.024 **Desarrollo Social con Calidad y Calidez**. Planes de acción, Plan Financiero, Planes Estratégicos, Indicadores, Plan Gestión Gerencial 2.020 – 2.024., Acuerdos de Gestión y sus evaluaciones, Actas de Comités, Planes de mejoramiento comités y cuadro programación de los Comités.

2.1.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia del 2.023. Para esta evaluación se tienen en cuenta tres formatos de Excel así:

- Evaluación del Plan de Desarrollo con corte al 31 de diciembre de 2.023.
- Cuadro Consolidado de los Objetivos del Plan de Desarrollo de 2.023.
- Cuadro de la Evaluación por Actividades del Plan de Desarrollo de 2.023.

Con esta información se establece los resultados que se presenta a continuación.

Cuadro No 1: Formato de Evaluación de los Objetivos del Plan de Desarrollo 2.023.

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:	24 de Enero 2.023.
Objetivos del Proceso o de la Dependencia:	1. Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para la vigencia del 2.023. Evaluar 5 Líneas Estratégicas, 17 Objetivos y 211 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.		

Cuadro No 2 Resumen de los Objetivos de la Evaluación del Plan Operativo Anual – POA 2023.

Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos						% Cump. Total Obje.
		NA	0	1 - 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas	
1	Formular el Plan de Desarrollo Institucional, los Planes Operativos de Actividades, Acuerdos de Gestión Gerencial de cada vigencia y la plataforma estratégica de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	0	5	0	0	0	4	23,13%
2	Mantener el equilibrio financiero de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Antioquia para el periodo 2020 a 2024, con indicadores de liquidez y rentabilidad adecuados.	0	0	2	1	0	5	78,41%
3	Mejorar los procesos de facturación, gestión de glosas y recuperación de cartera de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	0	0	3	0	0	5	91,13%
4	Definir un plan de compras y contratación de bienes y servicios bajo los principios de pertinencia, prioridad, austeridad, economía y calidad, según el caso, de acuerdo con el Plan Anual de Compras, el Estatuto de Contratación y el Manual de Procesos y Procedimientos de Contratación de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	0	1	1	1	4	4	78.46
5	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	0	1	0	1	0	1	82,46%
6	Obtener adecuados niveles de satisfacción de l@s clientes intern@s y extern@s de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	0	3	0	0	0	3	121,11%
7	Definir y desarrollar un proceso de participación de la comunidad en los diferentes espacios de interacción con la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia.	0	5	0	0	2	7	73,22%
8	Realizar las actividades misionales y asistenciales que se tienen contratadas con las diferentes EAPB, entidades del orden Nacional, Departamental y Municipal y/o que tienen definidas la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia Antioquia dentro de su portafolio de servicios.	0	0	7	6	1	22	140,06%
9	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	0	3	0	0	3	83,94%
10	Avanzar en la implementación de los componentes del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA), Sistema de Información para la Calidad en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud y la Política de Seguridad del paciente en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia.	0	6	3	1	0	11	62,11%

Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos						% Cump. Total Obje.
		NA	0	1 - 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas	
11	Adelantar el Plan Institucional de Capacitación que permita fortalecer la prestación de servicios de salud con calidad y calidez en los diferentes unidades de servicios de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia.	0	4	0	3	0	1	57,06%
12	Elaborar y ejecutar el Plan de Bienestar Social e incentivos laborales para l@s funcionari@s de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para cada vigencia.	0	2	0	2	0	1	7,56%
13	Revisar, actualizar y ejecutar el Plan Estratégico de Talento Humano para l@s funcionari@s de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para cada vigencia.	0	1	0	2	0	8	82,53%
14	Elaborar y ejecutar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST para l@s funcionari@s de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para cada vigencia.	0	8	0	1	1	9	73,66%
15	Formular e implementar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información que oriente la administración de las tecnologías de la información dentro de los lineamientos de gobierno en línea para la E.S.E. Hospital San Juan de Dios.	0	3	0	4	0	3	63,47%
16	Formular e implementar las actividades específicas que afecten a la creación, la recepción, la ubicación, el acceso y la preservación de los documentos en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios.	0	20	0	2	0	4	28,81%
17	Mantener en óptimas condiciones de funcionamiento y calibración los diferentes equipos biomédicos, de informática, muebles, enseres e infraestructura física de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios.	0	3	0	1	0	6	84,62%
TOTAL DE ACTIVIDADES POR RANGOS 211		**0**	**62**	**19**	**25**	**8**	**97**	
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		**0,0%**	**29.3%**	**9,0%**	**11.8%**	**3.7%**	**45.9%**	

Resultado Consolidado de la Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional 2.020 – 2.024

LINEAS ESTRATÉGICAS	% DE CUMPLIMIENTO
GESTIÓN FINANCIERA	78.46%
GESTION DE LA PARTICIPACION Y SATISFACCION DE LOS USUARIOS	86.20%
GESTIÓN DE PROCESOS.	112.70%
GESTION DEL DESARROLLO DE LAS PERSONAS.	65.69%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y SISTEMAS DE INFORMACION	64.95%
% CUMPLIMIENTO DEL PLAN AL AÑO 2023	**91.37%**

Se evidencia que el cumplimiento del plan de POA es muy bueno en las líneas estratégicas 2 – 3, de una forma aceptable en la línea 1 y con un cumplimiento deficiente las líneas 4 y 5.

Cuadro de la clasificación de las actividades por rangos del 2023.

RANGOS	TOTAL DE COMPROMISOS	% TOTAL DE COMPROMISOS
0	62	29.38%
1- 50	19	9.00%
51 - 80	25	11.85%
81 - 99	8	3.79%
100 o mas	97	45.97%
TOTAL	211	100.00%

A continuación, presento un informe con las actividades por línea estratégica que no presentaron ningún cumplimiento en el año 2023 con el fin de establecer los aspectos a mejorar para dar cumplimiento a la actividad:

Cuadro No 3 Compromisos Dejados de Realizar por Línea Estratégica y Objetivo.

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
1	LE 01 OB 01 AC 01	Proyectar los Planes Operativos Anuales de Actividades según los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional.	Grupo directivo	No se tiene la evidencia en el 2023
2	LE 01 OB 01 AC 02	Someter los Planes Operativos Anuales de Actividades al análisis y aprobación de la Junta Directiva.	Gerente y Junta directiva	
3	LE 01 OB 01 AC 05-06	Formular, implementar y evaluar planes de mejoramientos con base en el seguimiento semestral a la ejecución de los Planes Operativos Anuales de Actividades y al Plan de Desarrollo Institucional.	Comité de control Interno	No se ha realizado la actividad
4	LE 01 OB 01 AC 20	Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos de desempeño pactados con los gerentes públicos (Subgerente de Servicios de Salud y Subgerente Administrativa) y proponer los correctivos que sean necesarios.	Gerente	Se pactaron los acuerdos peo no han sido evaluados la actividad
5	LE 01 OB 04 AC 18	Comprar material para Rayos X (Cifras expresadas en millones de pesos).	Subgerente administrativo	No se presenta ejecución
6	LE 01 OB 06 AC 03	Suscribir el convenio de concurrencia con la Nación y con el Departamento de Antioquia.	Gerente	No se ha realizado
7	LE 02 OB 01 AC 05	Formular planes de mejoramientos con base en los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas.	Subgerentes	No se elaboraron planes de mejoramiento
8	LE 02 OB 01 AC 06	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas.	Grupo Directivo	
9	LE 02 OB 01 AC 07	Realizar seguimiento semestral a los planes de mejoramiento de satisfacción de los usuarios formulados en cada vigencia	Comité de control Interno	
10	LE 02 OB 02 AC 04	Publicar los resultados de la rendición de cuentas clasificando por categorías, las observaciones y comentarios de los ciudadanos, los grupos de valor y organismos de control, los cuales deberán ser visibilizados de forma masiva y mediante el mecanismo que empleó para convocar a los grupos de valor que participaron y presentar un informe de la rendición pública de cuentas a la Superintendencia Nacional de Salud.	Gerente	No se tiene la evidencia de publicación de los resultados de la rendición de cuentas

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
11	LE 02 OB 02 AC 10	Formular planes de mejoramientos con base en de la gestión de las quejas, reclamos, sugerencias, demandas y felicitaciones (PQRSDF) presentadas por los usuarios.	Subgerentes	No se tiene planes de mejoramiento.
12	LE 02 OB 02 AC 22	Realizar un inventario de los trámites que debe manejar la ESE Hospital San Juan de Dios del municippio de Concordia y montaje de los mismos en la plataforma SUIT	Grupo Directivo	No se realizó la actividad
13	LE 02 OB 02 AC 23	Adelantar el proceso de registro, validación, montaje e implementación de los tramites en la plataforma SUIT	Subgerente administrativo	
14	LE 02 OB 02 AC 24	Realizar seguimiento, mejorar el proceso SUIT formulando planes de mejoramiento de la estrategia de racionalización de trámites cumpliendo con los parámetros establecidos por la política de racionalización de trámites.	Subgerente administrativo	
15	LE 03 OB 05 AC 08	Socializar el resultado de las auditorías con el personal médico y de enfermería.	Subgerente de atención al usuario	Dificultada para reunir los médicos
16	LE 03 OB 05 AC 10	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de las auditorías clínicas.	Jefes de àrea	No se evidencia plan de mejoramiento
17	LE 03 OB 05 AC 11	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados.	Comité de control interno	
18	LE 03 OB 05 AC 16	Formular planes de mejoramiento para riesgos y eventos adversos conforme los hallazgos de las rondas de seguridad, de las auditorías y del análisis de eventos adversos.	Subgerente de atención al usuario	
19	LE 03 OB 05 AC 17	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos de las rondas de seguridad, de las auditorías y del análisis de eventos adversos.	Subgerente Atención al Usuario	
20	LE 03 OB 05 AC 18	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento.	Subgerente Atención al Usuario	No se evidencias los planes de mejoramiento
21	LE 04 OB 01 AC 03	Socializar el Plan Institucional de capacitación - PIC incluyendo una charla mensual sobre la humanización de la prestación de servicios.	Grupo directivo	No se tiene la evidencia
22	LE 04 OB 01 AC 06	Formular planes de mejoramientos con base en el seguimiento trimestral a la ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) de cada vigencia.	Subgerente administrativo y COPASST	No se tiene las evidencias de la socialización, solo fue publicado en página web No se tiene el plan de mejoramiento
23	LE 04 OB 01 AC 07	Ejecutar las actividades contempladas en el plan de mejoramiento establecido en la evaluación del PIC	Grupo Directivo	
24	LE 04 OB 01 AC 08	Realizar el seguimiento y el cumplimiento al plan de mejoramiento de la evaluación del PIC	Subgerente administrativo	
25	LE 04 OB 02 AC 02	Socializar el Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales para cada vigencia.	Subgerente administrativo	No se tiene las evidencias de la socialización, solo fue publicado en página web
26	LE 04 OB 02 AC 07	Ejecutar las actividades contempladas en el plan de mejoramiento establecido en la evaluación Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales para cada vigencia.	Subgerente administrativo	No se tiene el plan de mejoramiento
27	LE 04 OB 03 AC 17	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.	Gerente	No se elaboró el instrumento de evaluación
28	LE 04 OB 04 AC 05	Establecer el plan de mejoramiento como resultado de la evaluación al Plan de Trabajo del SG-SST	Líder del Sistema y COPASST	No se requiere plan de mejoramiento

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
29	LE 04 OB 04 AC 06	Ejecutar las actividades del plan de mejoramiento del SG-SST	Líder del Sistema y COPASST	No se requiere plan de mejoramiento
30	LE 04 OB 04 AC 07	Realizar el Seguimiento a las actividades programadas en el plan de mejoramiento del SG-SST	Comité de control interno	
31	LE 04 OB 04 AC 13	Formular planes de mejoramiento según los hallazgos de las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Subgerente administrativo, Líder del Sistema y COPASST	No se evidencian planes de mejora
32	LE 04 OB 04 AC14	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.		
33	LE 04 OB 04 AC15	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento.	Comité de control interno	
34	LE 04 OB 04 AC16	Actualizar y socializar el Manual de Normas de Bioseguridad por áreas.	Subgerente Atención al Usuario	No se tiene la evidencia
35	LE 04 OB 04 AC17	Presentar al comité coordinador del sistema de control interno el informe de ausentismo laboral	Subgerente administrativo	No se ha realizado
36	LE 05 OB 01 AC 01	Descargar las guías y la normatividad sobre la técnica de accesibilidad, el manejo de datos abiertos, manejo de redes, ejercicios de participación, sistemas de Información, de los servicios tecnológicos y estrategia de gobierno en línea que propone el DAFP	Subgerente administrativo y técnico de sistemas	No se ha ejecutado esta actividad
37	LE 05 OB 01 AC 03	Realizar jornadas de socialización a los funcionarios encargados del manejo del Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI, el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.	Gerente y técnico de sistemas	Fue publicado en la página web y fato mucha difusión
38	LE 05 OB 01 AC 11	Gestionar los recursos, físicos, humanos y financieros para implementar en la página web los canales de comunicación con personas en discapacidad y grupos poblacionales prioritarios.	Gerente	No se ha realizado esta actividad.
39	LE 05 OB 02 AC 04	Formular los planes de mejoramiento de las evaluaciones del Programa de Gestión Documental - PDG y el Plan Institucional de Archivo - PINAR	Líder del proceso y Auxiliar Administrativa	No se evidencia el plan de mejoramiento
40	LE 05 OB 02 AC 05	Ejecutar las actividades programadas en los planes de mejoramiento establecidos en la evaluación del Programa de Gestión Documental - PDG y el Plan Institucional de Archivo -	Líder del proceso y Auxiliar Administrativa	
41	LE 05 OB 02 AC 06	Realizar el seguimiento a las actividades de los planes de mejoramiento del Programa de Gestión Documental - PDG y el Plan Institucional de Archivo - PINAR	Comité de control interno	
42	LE 05 OB 02 AC 07	Elaborar, adoptar, publicar y socializar el proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	Líder del proceso y Auxiliar Administrativa	No se ha ejecutado esta actividad
43	LE 05 OB 02 AC 08	Implementar las actividades del proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA		
44	LE 05 OB 02 AC 09	Realizar el seguimiento semestral al proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	Líder del proceso, Gerente y Comité de control interno	

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
45	OB 02 AC 10	Formular el plan de mejoramiento del seguimiento al proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	Líder del proceso y Auxiliar Administrativa	No se ha ejecutado esta actividad
46	OB 02 AC 11	Ejecutar las actividades del plan de mejoramiento del proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA		
47	OB 02 AC 12	Realizar el seguimiento a las actividades de los planes de mejoramiento proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	Comité de control interno	No se ha ejecutado esta actividad
48	OB 02 AC 14	Aprobar, adoptar y socializar las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital	Gerente y Comité de Archivo	Falta aprobación del Archivo del Dpto.
49	OB 02 AC 15	Implementar las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital	Líder del proceso y Auxiliar Administrativa	
50	OB 02 AC 16	Realizar el Seguimiento a la aplicación de las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital y elaborar el plan de mejoramiento	Líder del proceso y Comité de control interno	
51	OB 02 AC 17	Ejecutar las actividades del plan de mejoramiento de las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital	Líder del proceso y Auxiliar Administrativa	Falta aprobación del Archivo del Dpto.
52	OB 02 AC 18	Presentar el informe del seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento de las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital	Líder del proceso y Auxiliar Administrativa	
53	OB 02 AC 21	Implementar las Tablas de Valoración Documental - TVD en el Hospital		No se ha ejecutado esta actividad
54	OB 02 AC 23	Ejecutar las actividades del plan de mejoramiento de las Tablas de Valoración Documental - TVD en el Hospital		No se ha ejecutado esta actividad

2.1.2. Informe de Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional, Gerencial y Operativo.

- Con respecto al nuevo plan de desarrollo institucional 2.020 – 2.024 se puede evidenciar que se presentó a la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2020, el cual fue aprobado mediante acuerdo.
- El Plan de Gestión Gerencial para el período 2.020 – 2.024 fue presentado a la Junta Directiva y aprobado mediante el Acuerdo No 04 de mayo de 2.020, la oficina de control interno recomienda que debe ser publicado y socializado con el comité directivo.
- El Plan de Gestión Gerencial de la vigencia 2022 fue presentado a la junta directiva del mes de abril de 2023, la cual lo califico con un valor de 3.95 que es satisfactorio.
- Los Planes Operativos Anuales POA, una vez se aprobado el Plan desarrollo institucional se debe elaborar el Plan Operativo para cada vigencia y se debe presentar a la junta directiva para su aprobación esta oficina no tiene la evidencia de la aprobación por la junta.
- Recuerdo que POA debe ser montado junto con el plan de adquisiciones en el mes de enero en la página de la Contraloría General de Antioquia, en el SECOP y en nuestra página en transparencia e información.

- Cuando al Plan Operativo Anual – POA se le realizan ajustes se recomienda que sea presentado a la junta directiva para su aprobación y socializado con los diferentes grupos primarios.

- Se está evaluando de forma trimestral por parte de Control interno a través del Plan Operativo Anual – POA y los resultados son presentados en el comité institucional de gestión y desempeño y entregados en forma electrónica al gerente, subgerentes y jefes de dependencias y publicados en la página web institucional.

- Al revisar las actividades del POA se observa que en algunas ocasiones los responsables de las actividades no manejan y/no se tienen la evidencias.

- No se está realizado el plan de mejoramiento para las actividades que no se están ejecutando en el trimestre de acuerdo con el informe que genera la oficina de control interno.

- Los seguimientos que realiza la oficina de control interno al POA de forma trimestral son socializados en el comité de gestión y desempeño, pero se sugiere que los jefes de áreas los socialicen en los grupos primarios con su personal.

2.1.3. Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión.	
Responsable:	Gerente
Objetivo:	Brindar a los directivos y gerentes públicos la orientación para la elaboración de los Acuerdos de Gestión en sus diferentes fases, a través de los se concertarán y evaluarán los compromisos adquiridos en el marco de los Planes de Acción anuales de la entidad.
Documentos:	Acuerdos de gestión y formato de evaluación y seguimiento.
Informe: A continuación, presentamos los resultados del seguimiento.	
• Se evidencian que a principios del año 2023 se realizaron los acuerdos de gestión con las subgerencias de atención al usuario y administrativa. • No se tienen las evaluaciones semestrales en el año 2.023. • Se recomienda que se tenga una carpeta con las evaluaciones de los acuerdos de gestión y las respectivas evidencias.	

2.1.4. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos:	
Responsable:	Gerente y Subgerentes.
Objetivo:	Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año
Documentos:	Manuales con los Planes estratégicos, Resoluciones de adopción, cuadros con las actividades a realizar en los planes, listados, informes, formatos, fotos y otras evidencias para su cumplimiento.

Informe: A continuación, presentamos los planes estratégicos con los que cuenta la entidad:

a) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Adoptado Resolución No 023 enero 2.023.
b) Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Adoptado Resolución No 031 enero 2.023
c) Plan Estratégico de Talento Humano - PETH. Adoptado Resolución No 028 enero 2.023.
d) Plan Anual de Vacantes. Adoptado Resolución No 030 enero 2.023.
e) Plan Institucional de Capacitación - PIC. Adoptado Resolución No 036 enero 2.023.
f) Plan Anual de Adquisiciones. Adoptado Resolución No 025 enero 2.023.
g) Plan de Gestión Documental – PDG. Adoptado Resolución No 026 enero 2.023.
h) Plan de previsión del talento humano. Adoptado por la Resolución No 032 enero de 2023
i) Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 027 enero 2.023.
j) Plan anual de auditorías internas. Adoptado Resolución No 024 enero 2.023.
k) Plan estratégico de la comunicación e información – PETI. Adoptado Resolución No 029 de enero 2.023
l) Pla de Bienestar Social e Incentivos. Adoptado Resolución No 035 de enero 2.023
m) Plan de Participación Social en Salud – PPSS Adoptado por Resolución No 034 de enero 2023
n) Plan Operativo Anual – POA Adoptado por Resolución No 037 de enero 2023.

NOTA: La oficina de control interno realiza el seguimiento trimestral a los formatos establecidos con las actividades a realizar, el responsable y la fecha de su cumplimiento. Mirar el resultado en los formatos de evaluación.

Cuadro con las calificaciones de los Planes estratégicos de 2.023.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESTRATEGICOS DEL 2.023								
Nombre de Plan	**Actividad Cumplida Total y Parcial**	**%**	**Actividad No cumplida**	**%**	**Actividad Pendiente**	**%**	**Total Activid**	**Porcentaje Cumplim.**
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	32	64%	18	36%	0	0%	50	57.0%
Plan Anual de Adquisiciones	19	90%	1	10%	0	0%	20	68.0%
Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	35	90%	4	10%	0	0%	39	83.0%
Plan Estratégico de Talento Humano – PETH	44	70%	19	30%	0	0%	63	64.0%
Plan Anual de Vacantes	21	95%	1	0%	0	0%	22	95.0%
Plan Institucional de Capacitación – PIC	23	64%	13	36%	0	0%	36	58.7%
Plan de Bienestar social e Incentivos.	7	78%	2	22%	0	0%	9	52.0%
Mapa de Riesgos de Corrupción	52	87%	8	13%	0	0%	60	75.5%
Plan de Gestión Documental – PDG.	29	78%	8	22%	0	0%	37	70.5%
Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR	8	73%	3	27%	0	0%	11	68.0%
Plan de comunicación e información PETI	18	82%	4	18%	0	0%	22	73.4%
Plan de la Política de Participación Social en Salud - PPSS	26	92%	2	8%	0	0%	26	94.0%
Plan Anual de Auditorías Internas	50	91%	5	9%	0	0%	55	85.19

2.1.4.1. Conclusiones de los Planes Estratégicos:

- Están pendientes de realizar los planes estratégicos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información.
- El SG-SST no está discriminado como dice el decreto 1072 de 2.015 en el presupuesto de la vigencia 2023.
- En el plan institucional de capacitación se tienen capacitaciones sin definir las fechas para su ejecución.
- Se recomienda tener en cuenta las capacitaciones de los otros planes estratégicos que no están en el PIC del año.
- No se evidencia planes de mejoramiento para las evaluaciones de los siguientes planes: el POA, MIPG y los Planes estratégicos en el año 2023. Si se realizaron los planes de mejoramiento nunca fueron entregados a la oficina de control interno para su seguimiento. Cuando se realiza el plan de mejoramiento por el líder del proceso auditado este se le debe realizar el seguimiento en el comité de control interno (línea de defensa estratégica y la tercera línea de defensa).
- Se recomienda que se realice una mayor socialización de los planes estratégicos en los diferentes grupos primarios por los líderes de los procesos (primera línea de defensa).
- Se realizan algunas actividades de los planes estratégicos, pero no se cuenta con las debidas evidencias lo que afecta el porcentaje de cumplimiento.
- El plan de mantenimiento en su componente de equipos médicos, biomédicos y de sistemas presenta en el plan elementos que ya fueron dados de baja o no están en el inventario.
- Se está dificultando dar cumplimiento con el cronograma de las auditorias que tienen que ver con la ejecución presupuestal. A la fecha del 24 de enero del 2024 no ha sido entregado a la oficina de control interno la ejecución presupuestal a diciembre 31 de 2023.

2.1.5. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales:

Responsable:	Gerente y secretario del comité.
Objetivo:	Informar sobre los aspectos generales aplicables para el adecuado funcionamiento de los comités, Comisiones y Junta Directiva en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud
Documentos:	Cuadro de programación anual de los comités, actas de los diferentes comités, planes de mejoramiento, resoluciones de conformación de los diferentes comités y manual de organización y funcionamiento.

Nro	COMITÉ	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Actas
1	COMISIÓN DE PERSONAL	26		30		25		27		28		30		-
2	COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO		22	15	26		26	26	10		25	16	6	4,0
3	COMITÉ BIENESTAR SOCIAL	11		8		3		5		13		3		-
4	COMITÉ DE ARCHIVOS				23	4			27	26		26		2,0
5	COMITÉ DE COMPRAS	20	23	23	20	4	22	20	10	19	19	28	21	7,0
6	COMITÉ DE CONCILIACIÓN		8		12		14		16		11		13	-
7	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL		10/22	22		10			10	27		8		6,0
8	COMITÉ DE EMERGENCIAS Y COVID	3		2		10		12		6		8		-
9	COMITÉ DE ÉTICA	24	28	28	25	29	27	25	29	26	24	2/21	11	12,0
10	COMITÉ DE FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA	24	2/24	30	25	9/29	27	17	29	22	12	28	20	11,0
11	COMITÉ DE GLOSAS		8		12	16	14		16		11		13	1,0
12	COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	19	27	16	10	10/31	22	12	23	13	15	22	20	11,0
13	COMITÉ DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	26	23	7/28	27	25	22	27	31	28	31	29	28	10,0
14	COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE		8		12	16	14		16		11		13	1,0
15	COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	18	15	15	19	17	21	19	16	20	18	22	20	11,0

Nro	COMITÉ	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Actas
16	COMITÉ DIRECTIVO	24	21	28	25	30	27	11	29	26	31	28	19	6,0
17	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	4	22		26	4/30		26			25	28		4,0
18	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	26	9/23	30	27	25	2/29	27	31	28	26	29	29	11,0
19	COMITÉ DE INFECCIONES - RIAS	18	15	15	19	17	21	19	16	20	18	15	20	10,0
20	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	18	15	15	19	17	21	19	16	20	18	22	20	11,0
21	GRUPO DE GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL		23		27		29		31		26		6	-
22	GRUPO DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO		15		19		21		23		25		13	-
23	GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD	31	28	28	25	30	27	11	29	26	31	28	19	11,0
	TOTAL COMTIÉS PROGRAMADOS SON 218	15	22	17	19	22	18	16	19	16	18	19	17	218,0
	TOTAL COMITÉS REALIZADOS 129	8	13	12	9	17	7	10	10	13	8	12	10	129,0
	PORCENTAJE TOTAL DEL CUMPLIMIENTO A DICIEMBRE 31 DE 2.023 ES DE 59%													

	No se realizó el comité
	Comité realizado en la fecha propuesta
	Comité realizado en otra fecha
	Comité extraordinario
	No se presentó el acta

2.1.5.1. Cuadro con el resultado de seguimiento a los Comités al 4o trimestre de 2.023.

Son 23 comités establecidos en el Hospital y solo se reunieron 17 que equivale al 74%. Presentando el siguiente resultado:

Actividades	Cantidad	% Cumplimiento
Cumplidas	146	76,84%
Pendientes	2	1,05%
Incumplidas	42	22,11%
TOTAL ACT.	**190**	**100%**

Conclusiones:

- Esta información es tomada de las actas de los diferentes comités que presentan los secretarios de las diferentes reuniones que realizan.
- En los formatos se tiene un cuadro con los hallazgos, las actividades a realizar, fecha, responsable y observaciones el cual sirve para realizar el seguimiento.
- No se presentaron planes de mejoramiento de las reuniones de los distintos comités.
- El Manual de organización y funcionamiento de los comités es del 2.016 y no ha sido actualizado.
- La oficina de control Interno recomienda que se debe realizar una revisión por parte del área jurídica a las diferentes resoluciones de adopción de los diferentes comités con el fin de actualizarlos a los diferentes cambios de la norma.
- Se observan falencias de los diferentes secretarios de los comités para elaborar las actas y los planes de mejoramiento.

- Faltan las propuestas y/o propuestas sin firmas.
- Hay contratos a término definido en el cual no se evidencio el formato de Inducción.
- Certificado de cámara de comercio y el RUT desactualizados.
- Falta el certificado de avance del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en algunos contratistas.
- Los carnets con las vacunas y algunos RETHUS.
- Falta planilla de Pago de los Parafiscales, salud pensión y otros.
- Certificados de estudios y experiencia laboral.
- Libreta militar.

2. En la mayoría de los contratos se evidencia que elaboran el formato de Hoja de vida y declaración de bienes pero faltan las firmas del contratista y del jefe de talento humano.

3. En la revisión a los contratos por parte de los supervisores se evidencia que a diciembre 31 de 2023 solo se tiene las evaluaciones de los contratos. El Gerente y la Subgerente de atención al usuario presentaron las evaluaciones, los demás faltan el cual es un porcentaje muy alto. Se sigue presentando este hallazgo del año pasado.

4. Otro de los hallazgos que no era muy frecuente en el año pasado era los errores de transcripción en los contratos para el primer semestre se presenta en varios de los contratos

5. En los contratos con # 064 y 068 sin Declaración de bienes, 067 – 075 – 077 - 078 - 079 – 80 - 89 sin ambos documentos sin declaración y hoja de vida.

6. No se encontró carpeta con los convenios interadministrativos y con los documentos soportes lo que dificulta la revisión de los contratos ligados a los convenios. No se mejoró con respecto al año anterior.

7. En la carpeta de los contratistas que siguieron prestando sus servicios este año y que tuvieron contrato hasta el mes de abril de 2023, no se evidencian algunas de las actas de liquidación

8. El contrato No 055 a nombre de la Señora Cruz Inelda Gallego R el cual fue realizado a término fijo, en el contrato se describe que ella trabajara 5 días al mes y algunos festivos, para esta dependencia no entiende este tipo de contrato y esa modalidad de ejecución. Mi recomendación es que se debió realizar por prestación de servicios.

9. Se evidencia con el soporte del SECOP el 100% de los Contratos los cuales fueron subidos a esta plataforma en los tiempos establecidos.

10. En los contratos Nro. 010 y 012 a nombre de Fany Maldonado y EDS la Alborada se presentaron Otro si y se realizó unos nuevos contratos Nro. 091 a Fany Maldonado y el Nro. 092 a EDS la Alborada. Estos son contratistas que se deben contratar por todo el año y se realizó en varios contratos.

11. En el contrato No 088 del 22/09/2023 a Nombre de KLD Ingeniería S.A.S cuyo objeto es el estudio de consultoría para Estudios de vulnerabilidad sísmica y propuesta de reforzamiento sísmico, se puede evidenciar lo siguiente al momento de revisar la carpeta con los documentos presentados por el consultor:
    - No se evidencio los certificados de estudios.
    - No se evidencia la tarjeta profesional
    - No se evidencio los certificados de experiencia laboral.
    - Solo se tiene una propuesta, la que presento el contratista elegido.
    - No se evidencia el certificado del curso de alturas.
    - No se evidencia copia de los estados financieros del año anterior de la persona jurídica.

12. Se tiene un informe generado por Control interno de la plataforma de Gestión Transparente de la Contraloría General de Antioquia - CGA con corte al 31 de diciembre de 2023 el cual se observa los contratos y facturas que fueron rendidas de forma extemporánea con mayor a 5 días por la institución, con el fin de que se pueda mejorar en el futuro. Anexo Formato de Contratos Extemporáneos y certificado de Rendición del 2023.

13. Es muy importante resaltar que con respecto mismo periodo del año pasado se presentó diferencia en el Número de contratos formalizados, para el 2.022 fueron 108 con un valor de $ 1.901 millones y para el 2.023 son 94, con un valor de $ 2.185 millones presentándose una disminución en el número de contratos de 14 pero un aumento en el valor de $ 284 millones que equivale al 15%.

Conclusiones:

1. Se mejoró notablemente la afiliación de los contratistas al SIGEP para que puedan presentar la hoja de vida y declaración de bienes actualizada en los formatos establecidos para ello, pero faltan firmas del contratista y del jefe de talento humano.
2. Se deben revisar muy bien los documentos y contratos por parte de los supervisores antes de ser subidos al SECOP y a la plataforma de SIA observa con el fin de que se cumpla con los tiempos y los documentos que se deben subir.
3. Estar muy pendientes de las fechas de los contratos para que no sean subidos de forma extemporánea a Gestión Transparente de la CGA y al SECOP.
4. No se está elaborando el plan de mejoramiento para tratar de subsanar las inconformidades encontradas en las auditorías trimestrales realizadas por control interno.
5. Se recomienda que los supervisores de los contratos cónozcan bien el manual de la contratación de la institución, los procesos y procedimientos y los requisitos para los pagos.
6. No se deben de dejar números consecutivos en blanco o sin usar en la contratación.
7. Que se ordenen las carpetas de los contratos de acuerdo con la norma y en un orden de documentos. Ejemplo Lista de Chequeo, Estudio Previo, CDP y RP, Propuesta, etc.
8. Se recomienda que se realicen las 3 propuestas con contratos por un valor mayor a 40 salarios mínimos legales.
9. Antes de hacer el pago del anticipo se debe verificar muy bien todos los soportes que se requieran para el pago.
10. Consignar los rendimientos financieros del proyecto cada mes y presentar los informes de ejecución del contrato a la Secciona de salud del departamento.
11. También se puede evidenciar que la modalidad de contratación a presentado cambios, ya que los años anteriores eran mayor la contratación por prestación de servicios y ahora la mayor contratación se realiza a término definido. Presentando varios contratos de forma muy repetitiva y/o consecutiva, sin dejar un buen espacio de tiempo entre contratos.

Nota: Se anexa el cuadro de revisión de la contratación del 4º trimestre del 2.023.
Nota: No se realizó plan de mejoramiento para los hallazgos del 2023, pero la secretaria fue solucionando algunas inconsistencias y faltantes.

- Faltan las propuestas y/o propuestas sin firmas.
- Hay contratos a término definido en el cual no se evidencio el formato de Inducción.
- Certificado de cámara de comercio y el RUT desactualizados.
- Falta el certificado de avance del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en algunos contratistas.
- Los carnets con las vacunas y algunos RETHUS.
- Falta planilla de Pago de los Parafiscales, salud pensión y otros.
- Certificados de estudios y experiencia laboral.
- Libreta militar.

2. En la mayoría de los contratos se evidencia que elaboran el formato de Hoja de vida y declaración de bienes pero faltan las firmas del contratista y del jefe de talento humano.

3. En la revisión a los contratos por parte de los supervisores se evidencia que a diciembre 31 de 2023 solo se tiene las evaluaciones de los contratos. El Gerente y la Subgerente de atención al usuario presentaron las evaluaciones, los demás faltan el cual es un porcentaje muy alto. Se sigue presentando este hallazgo del año pasado.

4. Otro de los hallazgos que no era muy frecuente en el año pasado era los errores de transcripción en los contratos para el primer semestre se presenta en varios de los contratos

5. En los contratos con # 064 y 068 sin Declaración de bienes, 067 – 075 – 077 - 078 - 079 – 80 - 89 sin ambos documentos sin declaración y hoja de vida.

6. No se encontró carpeta con los convenios interadministrativos y con los documentos soportes lo que dificulta la revisión de los contratos ligados a los convenios. No se mejoró con respecto al año anterior.

7. En la carpeta de los contratistas que siguieron prestando sus servicios este año y que tuvieron contrato hasta el mes de abril de 2023, no se evidencian algunas de las actas de liquidación

8. El contrato No 055 a nombre de la Señora Cruz Inelda Gallego R el cual fue realizado a término fijo, en el contrato se describe que ella trabajara 5 días al mes y algunos festivos, para esta dependencia no entiende este tipo de contrato y esa modalidad de ejecución. Mi recomendación es que se debió realizar por prestación de servicios.

9. Se evidencia con el soporte del SECOP el 100% de los Contratos los cuales fueron subidos a esta plataforma en los tiempos establecidos.

10. En los contratos Nro. 010 y 012 a nombre de Fany Maldonado y EDS la Alborada se presentaron Otro si y se realizó unos nuevos contratos Nro. 091 a Fany Maldonado y el Nro. 092 a EDS la Alborada. Estos son contratistas que se deben contratar por todo el año y se realizó en varios contratos.

11. En el contrato No 088 del 22/09/2023 a Nombre de KLD Ingeniería S.A.S cuyo objeto es el estudio de consultoría para Estudios de vulnerabilidad sísmica y propuesta de reforzamiento sísmico, se puede evidenciar lo siguiente al momento de revisar la carpeta con los documentos presentados por el consultor:
    - No se evidencio los certificados de estudios.
    - No se evidencia la tarjeta profesional
    - No se evidencio los certificados de experiencia laboral.
    - Solo se tiene una propuesta, la que presento el contratista elegido.
    - No se evidencia el certificado del curso de alturas.
    - No se evidencia copia de los estados financieros del año anterior de la persona jurídica.

2.3. Proceso de Gestión de Información – GIF	
Responsable:	Gerente y Subgerente Administrativo.
Objetivo:	Facilitar la utilización y conservación de la información generada y recibida por la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia mediante actividades administrativas relacionadas con la obtención, generación, registro, circulación, remisión, archivo y preservación de ésta, desde su origen hasta su destino final, respondiendo a los principios de planeación, control de gestión, modernización, responsabilidad, eficiencia, eficacia y economía. (Ver además principios de ley 1712 de 2.014).
Documentos:	Manual de procesos y procedimientos, Planes estratégicos, página web institucional, resoluciones de adopción de los planes, manuales de XENCO, Tablas de Retención y Valoración Documental, informes, formatos y planes de mejoramiento.

Informe

Para el seguimiento a este proceso se tuvo en cuenta en primer lugar el diagnostico que se realizó a las fuentes de información que se manejan en el Hospital y al diagnóstico que arrojo el Modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Este proceso se encuentra dividido en tres procedimientos principales que son: Manejo de Sistemas, Información y Comunicación y Gestión Documental.

2.3.1. Informe de Procedimiento de Sistemas: Liderado por el Subgerente Administrativo y se delega en el Técnico de Sistemas la parte técnica del procedimiento.

Se tienen elaborados los procedimientos y el mapa de riesgos del Proceso de Gestión de Información – GIF y fueron presentados a la junta directiva para su aprobación y la adopción.

2.3.1.1. Conclusiones.

1) Se tiene en el Hospital en la red interna una carpeta denominada pública en la cual lo funcionaros pueden subir información. Esta carpeta este año a partir del primer semestre fue actualizada, depurada, controlada y reglamentada.
2) Se tiene establecido que cada dependencia debe realizar copias de seguridad y guardarlas por fuera de los equipos, pero no se están haciendo de acuerdo con lo establecido en el hospital. El técnico de sistemas si realiza las copias de seguridad del programa XENCO Advace y de algunas dependencias.
3) Se deben de solicitar al contratista los manuales y tener una copia bien sea física o digital de los programas de XENCO.
4) Se cuenta con la resolución No 266 de 2.017 y el cuadro anexo donde se delega la elaboración y presentación de los informes a los diferentes entes de control. La oficina de control interno recomienda a la gerencia que se revise esta resolución y los informes que se deben enviar para su actualización.
5) Es importante que se realice un Inventario Físico de todos los equipos de cómputo con los respectivos accesorios como Impresora, regulador, escaner, UPS y el software que está instalado con el fin de que se tengan actualizados y al mismo tiempo se debe realizar una revisión de los programas instalados en los diferentes equipos, con el fin de desinstalar los programas que no tienen licencia y que no son de utilidad para el hospital. Programas de música, juegos entre otros.

2.3.2. informe de Procedimiento de Comunicación e información:

1) Oficina de Comunicaciones: En la actualidad no se tiene un responsable del manejo de las comunicaciones y de la página web institucional ya que todo recae en la gerencia.

   La página web institucional se ha venido organizando de acuerdo al indice de Transparencia Acceso a la información pública - ITA y la ley 1712 de 2014. Se recomienda que todos los funcionarios deben pasar los documentos que se deben subir a la página para mantenerla actualizada.

La Matriz de Cumplimiento está compuesto por 20 temas principales los cuales están divididos en 74 actividades que deben ser respondidas con una de estas 4 respuestas: Si – No – Pa y No Aplica. El cual arrojo los siguientes resultados.

La Evaluación tiene un total de 74 actividades a calificar divididos en 20 temas principales.

- Actividades que tuvieron un cumplimiento total son 36 que equivale al 48.6%
- Actividades que no se cumplieron son 21 que equivalen al 28.4%..
- Actividades que presentaron un cumplimiento parcial fueron 17 que equivale al 23.0%

Estos datos nos dan un cumplimiento total del 61%

2) Se cuenta con unos Planes Estratégicos de:

a) Plan de Seguridad y Privacidad de la Información Adoptado Resolución No 131 julio 2.020. El cual no ha sido socializado y no se ha implementado.

b) Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI: Adoptado Resolución No 029 de enero 2.023 y presento a Diciembre 31 de 2023 un cumplimiento del 73.4% y no fueron elaboras los planes Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información.

c) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan establecido por ley 1474 de 2.011 el cual está basado en 5 políticas principales y un mapa de riesgos. Adoptado Resolución No 023 enero 2.023 Las políticas a revisar son:

1) Gestión del Riesgo de Corrupción. El cual está conformado a su vez de 12 actividades
2) Racionalización de Trámites. La cual está conformada por 9 actividades
3) Rendición de cuentas. La cual está conformada por 10 actividades.
4) Servicio al Ciudadano. La cual está conformada por 16 actividades.
5) Transparencia y Acceso a la Información: La cual está conformada por 3 actividades

Para un total de 50 actividades a implementar de las cuales al corte al 31 de diciembre de 2.023 presentan la siguiente ejecución:

- Tienen algún porcentaje de cumplimiento un total de 32 actividades que equivale al 64%
- No se han cumplido 18 actividades que equivalen al 36%.
- Con un cumplimiento total del 57%

El mapa de Riesgos de Corrupción se compone de 60 actividades las cuales al corte al 31 de diciembre de 2.023 presentan la siguiente ejecución:

- Tienen algún porcentaje de cumplimiento un total de 52 actividades que equivale al 87%
- No se han cumplido 8 actividades que equivalen al 13%.
- Con un cumplimiento total del 75.5%

3) Procedimiento de Gestión Documental: Reglamentado por la ley 594 de 2.000 y los acuerdos emanados del Archivo General de la Nación. En este procedimiento se revisan los planes estratégicos, el archivo de gestión y general, lo establecido en la TRD y TVD, el inventario único, las transferencias y la taquilla única documental.

a) Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 027 enero 2.023 Este formato de evaluación y seguimiento consta de 6 aspectos críticos y un total de 11 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.023 presentan la siguiente ejecución:

- Actividades con cumplimiento entre el 50% o mas son 8 actividades que equivale al 73% de las 11 actividades
- Actividades a las cuales no se han ejecutado 3 de 11 que equivale al 27%
- Con un cumplimiento total del 68%

b) Plan de Gestión Documental – PDG. Adoptado Resolución No 026 de enero 2.023.
Este formato de evaluación y seguimiento consta de 6 etapas, 13 procedimientos y un total de 37 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.023 presentan la siguiente ejecución:

- Actividades con cumplimiento entre el 50% o más son 29 actividades que equivale al 78% de las 37 actividades
- Actividades a las cuales no se han ejecutado 8 de 37 que equivale al 22%
- Con un cumplimiento total del 70.5%.

2.3.2.1. Recomendaciones.

1. Se hace necesario que los jefes de cada área del Hospital le entreguen en formato PDF al responsable de subir la información, los documentos que deben ser montados a la página web institucional para dar cumplimiento con la norma de transparencia del información.
2. Se hace necesario informar a la comunidad sobre la existencia y el manejo de página web institucional, con el fin de que tengan una mayor interacción con el Hospital.
3. Se debe fortalecer el manejo de los correos internos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia ya que esta es el canal oficial para el manejo de la información interna y externa.
4. Se hace necesario asignarle a un funcionario del Hospital las funciones de manejo de la página web institucional con el fin de fortalecerla.
5. Se debe asignar en el presupuesto de esta vigencia o de la próxima vigencia una partida presupuestal para implementar la dimensión de comunicación e información del MIPG.
6. Socializar Los Planes estratégicos en los diferentes grupos primarios para que realicen las correcciones, cambios y ajustes que sean necesarios..
7. Los jefes de dependencia deben liderar las actividades de la política anticorrupción con el fin de que se puedan cumplir con las metas propuestas y mejorar los resultados del mapa de riesgos.
8. Se debe seguir con el proceso de convalidación de TRD ante el comité de archivo del departamento y su posterior presentación al Archivo General de la Nación para su publicación.
9. Comenzar con la elaboración de las TVD.
10. Realizar las jornadas de capacitación sobre los diferentes temas de la gestión documental.
11. Estandarizar los diferentes documentos en la entidad.
12. Continuar con la organización del fondo acumulado del hospital.
13. Socializar el proceso de Gestión de la información a los empleados.

2.4. Proceso de Gestión de Talento Humano – GTH	
Responsable:	Subgerencia Administrativa
Objetivo:	Administración integral del Talento Humano, regulando el Ingreso, Desarrollo y Retiro de los servidores públicos de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, a través de un buen clima laboral, el mejoramiento continuo de sus competencias, las destrezas y habilidades y la evaluación, bajo los principios de igualdad, mérito, eficacia, transparencia, y legalidad, que ayuden al logro de los objetivos institucionales, optimizando la prestación de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Documentación:	Manual de procedimientos, Hojas de vida funcionarios activos, Planes estratégicos de talento Humano, SIGEP, Calificación de funcionarios de carrera, inscripción ante la CNSC, planes de mejoramiento.
Informe:	
1. **Planes estratégicos:** Se hace de forma trimestral la revisión a los planes estratégicos adoptados por las respectivas resoluciones y que presentan un formato con las actividades, responsable, fecha y observación. A continuación, presentamos el resultado de seguimiento a diciembre 31 de 2.023.	

a) **Plan Anual de Vacantes.** Este formato de evaluación y seguimiento. presenta los siguientes avances:
   - En la planta de cargos administrativos se presentaron 3 vacantes al 1 de enero del 2.023 y al 31 de diciembre de 2.023. Se realizó el nombramiento Auxiliar Administrativa de Almacén, Auxiliar Administrativa de Admisiones por contratos de termino fijo y un cargo de secretaria que está en provisionalidad los cuales fueron reportados para concurso.
   - Para la Planta de cargos asistenciales se tienen 19 cargos vacantes o en provisionalidad y,
   - Se ocuparon 9 cargos de médicos SSO.
   - Se nombró en provisionalidad el técnico de rayos X. Este cargo está en concurso
   - Se tienen 2 Cargos de Médico general en provisionalidad estos cargos se pusieron a concurso.
   - Se creo el cargo de Profesional del área de la salud – psicólogo el cual es de carrera y no se nombró.
   - Se tienen 4 cargos de Auxiliares de Enfermería. Las cual fueron reemplazadas por una Auxiliar en provisionalidad y tres en contrato a término fijo.
   - Se presentó el retiro de Una Auxiliar de la salud de laboratorio por pensión y se nombró una a término fijo.
   - Se tiene un cargo de una Auxiliar de la salud de odontologia en provisionalidad y se puso a concurso

   De acuerdo con lo anterior se dio un cumplimiento del 95% del plan de vacantes para el 2023

b) **Plan de Previsión de Recurso Humano:** Se debe actualizar cada año en el formato establecido para ello denominado: Formato Plan de Previsión de Recursos Humanos lo maneja la oficina de talento humano. Este plan sirve como un recurso para la toma de decisiones en todo lo referente de la vinculación del personal y a los próximos cargos que se van a pensionar.

c) **Plan Estratégico de Talento Humano – PETH:** Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 028 de enero de 2023, cuenta de 4 etapas, 17 categorías y un total de 63 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.023 presentan la siguiente ejecución:
   - Actividades con algún cumplimiento son 44 actividades que equivale al 70% de las 63 actividades
   - Actividades a las cuales no se han ejecutado 19 de 63 que equivale al 30%
   - Con un cumplimiento total del 64%.

d) **Plan Institucional de Capacitación – PIC**: Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 036 de enero de 2023 cuenta con 36 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.023.
   - Actividades con algún cumplimiento son 23 actividades que equivale al 64% de las 36 actividades
   - Actividades a las cuales no se han ejecutado 13 de 36 que equivale al 36%
   - Con un cumplimiento total del 58.7%.

e) **Plan de Incentivos Institucionales y Bienestar social:** Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 035 de enero de 2023 cuenta con 9 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.022.
   - Actividades con algún cumplimiento son 7 actividades que equivale al 78% de las 9 actividades
   - Actividades a las cuales no se han ejecutado 2 de 9 que equivale al 22.0%
   - Con un cumplimiento total del 52%.

f) **Plan del Sistema de Gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo – SG- SST:** Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 031 de enero de 2023 cuenta con 39 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.023
   - Actividades con cumplimiento son 35 actividades que equivale al 90% de las 39 actividades
   - Actividades a las cuales no se han ejecutado 4 de 39 que equivale al 10%
   - Con un cumplimiento total del 83%.

El 31 de diciembre de 2.023 se realizó la evaluación del SG-SST donde arrojó un resultado del 93% el cual se considera muy bueno. Además, se presentó el plan de mejoramiento. También se realizó el reporte de autoevaluación de estándares mínimos del SG-SST.

Nota: Mirar los formatos con los seguimientos de los de los planes estratégicos.

2. **Evaluación de los funcionarios**: En el mes de septiembre de 2.023 se realiza por parte de control interno la revisión de todas las historias laborales de los empleados del Hospital donde se evidencio lo siguiente:

   a. No se ha realizado la actualización del examen médico laboral en más del 90% de las hojas de vida de los funcionarios del hospital. Se realizaron los exámenes en el mes de diciembre de 2023.
   b. En muchos funcionarios les falta el certificado de medidas correctivas.
   c. Faltan certificado del curso de seguridad del paciente en todos los funcionarios del hospital.
   d. Los funcionarios que pertenecen al COPASST no tiene actualizado el curso de la Gestión del Sistema de Salud y Seguridad en el trabajo.
   e. Se observa que en algunos funcionarios faltan documentos como libreta militar, certificados de estudios y laborales, carnet profesional, actas de entrega de dotación y carnet de vacunación.
   f. Hay legajos de hojas de vida con más 250 folios que es lo recomendable.
   g. Se presentan algunos documentos importantes que no son legibles o están muy borrosos.
   h. Muchos funcionarios presentan vacaciones pendientes
   i. Muchas hojas de vida y declaración de bienes fueron presentadas de forma extemporánea y en algunos casos no se presentó.
   j. Faltan liquidaciones de contratos a término fijo de funcionarios.
   k. Faltan el formato de Inducción en contratistas a término definido.

3. Informe del SIGEP: Reglamentado en la Ley 909 de y la 2.004 y la Ley 2013 de 2.019. Es de obligatorio para todos los funcionarios y contratistas que tienen un vínculo con el Hospital, en el cual deben presentar el formato de Hoja de vida y la declaración de bienes y estos deben ser actualizados por los funcionarios cada año antes del 31 de julio y los contratistas cuando se les elabora el contrato.

   a) Se observa en el seguimiento a las historias laborales de los funcionarios que falta en algunos de ellos los formatos se encuentran sin firmas y sin la fecha de recibido del jefe de personal.
   b) Los contratistas vienen presentando la hoja de vida y declaración de bienes en el formato viejo y en algunos casos sin firma y se evidencia que elaboran mal la declaración de bienes.
   c) Se tiene un listado de 63 funcionarios incluyendo 8 médicos del servicio social obligatorio y se pudo evidenciar que fueron entregadas al 31 de julio de 2023 las hojas de vida y declaración de bienes de 14 funcionarios lo que representa un porcentaje del 22% es cual es muy bajo.
   d) De ocho contratos a término fijo se evidencia que solo 2 contratistas entregaron la hoja de vida y declaración de bienes lo que equivale al 25% lo que es muy bajo.
   e) Los seis contratos de prestación de servicios ninguno presento la hoja de vida.

4. Informe del Clima laboral: Se realiza en el mes de diciembre de 2.022 la evaluación del clima laboral de la entidad. Los resultados se socializaron en el primer trimestre del 2.023 y las actividades propuestas fueron ejecutadas durante el año.

5. Inducción y Reinducción: En el año 2.020 se elaboró el manual de inducción y reinducción del hospital el cual fue adoptado por la resolución No 102 de abril de 2.020 el cual fue socializado e implementado a medias.

   a) Se está utilizado un formato para la inducción desactualizado y no queda evidencia en la hoja de vida de algunos funcionarios.
   b) Desconocimiento de los funcionarios del manual de inducción y reinducción del Hospital.
   c) En el mes de marzo del 2.023 se realizó una jornada de reinducción a todo el personal de varios temas como el SG-SST, Elementos de protección personal, seguridad del paciente, funcionamiento de algunos comités, identificación de riesgos y peligros. Manual de convivencia laboral, derechos y deberes en salud entre otros.

2.4.1. Recomendaciones.

1) Elaborar los planes estratégicos de talento humano a finales del año 2023 y/o en los primeros días del mes de enero de 2.024, adoptarlos mediante resolución y publicarlos.
2) Revisar las actividades que no se cumplieron en los planes estratégicos de talento humano, mirar por qué no se cumplió y replantearlas para el nuevo plan.
3) Realizar los planes de mejoramiento del seguimiento a los planes de estratégicos de talento humano y presentarlos a control interno.
4) Se recomienda que para el plan de capacitación se tengan en cuenta las capacitaciones que se programaron en los diferentes planes estratégicos.
5) Las evaluaciones así se realicen en forma digital en la plataforma de la CNSC se deben imprimir, firmar por las partes y guardarlas en las hojas de vida de cada funcionario.
6) Cuando las calificaciones de los funcionarios de carrera se presten para realizar planes de mejoramiento estos se deben llevar al formato establecido para ello, se debe imprimir y realizar el respectivo seguimiento.
7) En la actualidad se presentan novedades de personal de carrera, las cuales deben ser notificados a la CNSC.
8) Se recomienda que las hojas de vida tengan un listado con el contenido de la misma con el fin de facilitar su revisión y ubicación de un documento.
9) Que se revise antes de ingresar un documento a la Historia laboral este firmado por las personas interesadas.
10) Es muy importante que las hojas de vida y declaración de bienes del SIGEP se les coloque la fecha de recibida y se firme por el jefe de personal como responsable del proceso.
11) Mirar que los documentos que son entregados por los funcionarios sean legibles, no estén borrosos y en mal estado
12) La persona encargada del proceso de gestión documental en el Hospital le brinde una capacitación a la funcionaria encargada del archivo de historias laborales en el manejo y custodia de las mismas.
13) Verificar por parte de la persona encargada del manejo de las historias laborales que los certificados de estudios presentados por el funcionario si sean válidos y no sean falsos.
14) Gestionar la realización de la batería de riesgo psicosocial cumpliendo con la resolución 2646 de 2008.
15) Se le debe recordar con tiempo a todos los funcionarios y contratistas que deben entregar los formatos actualizados de la Hoja de vida y la declaración de bienes del SIGEP antes del 31 de julio de cada año.
16) Realización del plan de trabajo y presupuesto del SG-SST para el año 2024, de acuerdo a las necesidades encontradas en la autoevaluación según la resolución 0312 de 2020 y el decreto 1072 de 2015 y la priorización de los riesgos generada en la matriz de identificación de riesgos y peligros actualizada en 2023.
17) Presentar al comité de control interno los informes sobre el ausentismo y demás situaciones administrativas.
18) Se recomienda que se realice el proceso para la elección de los miembros de la comisión de personal. Preguntar a la CNSC cuando no se inscriben los representantes de los empleados.
19) Se hace necesario que todos los funcionarios y contratistas que laboran en la entidad estén inscritos en la Plataforma de SIGEP con usuario y contraseña con el fin de que actualicen la información en la hoja de vida y declaración de bienes.
20) Se recomienda que todos los funcionarios deben tener el certificado del curso de MIPG en aspectos generales, el de Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción y lenguaje claro.
21) Que los legajos con las Historias laborales no pasen de 250 folios.
22) El líder del proceso debe estar muy pendiente de los cursos que debe presentar el funcionario de acuerdo con su cargo y si hacen falta programar las capacitaciones

2.5. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros - GBS:	
Responsable:	Subgerencia Administrativa.
Objetivo:	Planear, Adquirir, Administrar, Suministrar y Evaluar todos los elementos, materiales, insumos, material médico quirúrgico, medicamentos, bienes muebles e inmuebles, vehículos, equipos y sistemas (hardware y software), de forma transparente, oportuna, eficiente, eficaz y de calidad y así poder cumplir con los objetivos propuestos.
Documentos:	Plan anual de Adquisiciones, programa de activos fijos de XENCO, formato de inventarios de bienes de consumo, devolutivos y activos fijos, manual de procesos y procedimientos, indicadores, formatos, ordenes de alta y baja y planes de mejoramiento

Informe:

2.5.1. Inventarios Bienes de consumo (Farmacia): La oficina de control interno realiza en forma periódica en los meses de junio y diciembre y algunas veces en forma esporádica un inventario a los productos de farmacia, material médico quirúrgico, material de laboratorio y de odontología

1) **Con respecto a los medicamentos:** Se imprimió un listado con corte al 29 de diciembre de 2023 con un total de 293 medicamentos y con un costo total de $ 64.020.339 millones de pesos:

Después de realizados los dos conteos quedaron 48 medicamentos que presentaron diferencias, tanto negativas como positivas esto equivale a un 16% del total de los 293 medicamentos. Los medicamentos que presentaron sobrantes fueron 35 con un costo total de $ 111.658 y los medicamentos que presentaron faltantes fueron 13 por un costo total de - $ 200.790. Con un Saldo Negativo de -$ 89.142. Ver cuadro anexo con los ajustes

2) **Con respecto al Material Médico Quirúrgico**: Se imprimió un listado con corte al 29 de diciembre de 2023 con un total de 186 material médico quirúrgico y con un costo total de $ 149.286.011 millones de pesos:

Después de realizados los dos conteos quedaron 24 ítems de material médico quirúrgico que presentaron diferencias, tanto negativas como positivas esto equivale a un 13% del total del material médico quirúrgico. El material médico quirúrgico que presentó sobrantes fue 16 ítems con un costo total de $ 272.790 y los medicamentos que presentaron faltantes fueron 8 por un costo total de -$ 44.591. Con un Saldo positivo de 228.199. Ver cuadro anexo con los ajustes

2.5.1.1. Recomendaciones

- Realizar los ajustes antes mencionados y volver a tirar el listado de inventario con corte al 30 de diciembre de 2.023.
- Se debe realizar el plan de mejoramiento de los hallazgos encontrados en la auditoría por parte del responsable de la farmacia y entregar lo a la oficina de control interno dentro de los 5 días siguientes de recibido el informe.
- El comité de control interno se encargará de realizar el seguimiento a dicho plan de mejoramiento.
- Estar muy atentas a la fecha de vencimiento de los medicamentos.
- Hay medicamentos y material médico quirúrgico que no presentaron movimiento en el año, lo que se recomienda su revisión para una toma de decisiones.
- Se recomienda que se realicen antes de finalizar el día los descargues de medicamentos y material médico quirúrgico en el sistema ya que si dejan para otro día se puede olvidar.
- Es muy importante que se lleve un control más efectivo y eficiente a los préstamos que se realizan a urgencias, hospitalización y el centro de salud del Socorro.

a. **Con respecto a los Bienes de Consumo:** Se tiene un listado con corte al 27 de diciembre de 2.023. El cual está clasificado en 5 grupos así: Equipos, Útiles de oficina, Aseo y cafetería, Mantenimiento y Ropería, revisando un total de 273 referencias y con un valor total de $ 303.138.369 discriminados de la siguiente forma y los cuales presentaron la siguiente inconsistencia así:

b. **Inventario de Aseo y Cafetería:** Se tiene un inventario de 55 elementos que suman un total de $ 4.926.009, la cual presentó inconsistencias en 1 elementos que equivale el 1.8% y sumo un valor de $ 40.000 En el siguiente rubro:

c. 113110551 Puridex de 20 Lt: en el listado aparece 1 unidad y en el conteo físico son 2. Para 1 unidad sobrante. Con un costo $ 40.000 positivo. Las cual se debe ingresar al inventario.

d. **Útiles de Oficina:** Se tiene un inventario de 124 elementos que suman un total de $ 8.944.314, la cual presentó inconsistencias en 2 elementos que equivale el 1.6% y sumo un valor de $ 35.320. En los siguientes rubros:

e. 110218812 Sobre manila para radiografia: en el listado aparece 82 unidades y en el segundo conteo físico son 83. Para 1 unidad sobrante. Con un costo $ 210 positivo. Las cuales se deben ingresar al inventario..

f. 110601915 Stiker para marcar frascos: en el listado aparece 2.300 unidades y en el conteo físico son 1.926. Para 374 unidades faltantes. Con un costo -$ 35.530 negativo. Las cual se debe sacar del inventario.

2.5.1.2. Recomendaciones

- Realizar los ajustes antes mencionados y volver a tirar el listado de inventario con corte al 27 de diciembre de 2.023.
- Se viene organizando los nombres de los elementos del inventario, esta tarea se recomienda que se debe continuar.
- Se encontró en varias partes del hospital artículos.
- Se recomienda que se esté ajustando el Plan de Compras en el SECOP.
- Se debe realizar el plan de mejoramiento de los hallazgos encontrados en la auditoría por parte del responsable de los inventarios y entregar lo a la oficina de control interno dentro de los 5 días siguientes de recibido el informe.
- El comité de control interno se encargará de realizar el seguimiento a dicho plan de mejoramiento.
- Se encontraron elementos vencidos como bata quirúrgica antifluido y batas manga larga antifluido.
- Se tienen varios elementos los cuales no muestran movimiento en un tiempo muy extenso.
- Se tienen unos formatos de hojas que no se están moviendo.

2.5.2. Inventario de los Bienes muebles e inmuebles (Activos Fijos). Con el fin de realizar mi función de auditoría al procedimiento de activos fijos se imprimió un Inventario consolidado de activos fijos con corte al 18 de octubre de 2023, el cual sirvió para realizar el seguimiento. Dicha evaluación presentó los siguientes resultados.

En septiembre del año pasado con el acompañamiento de dos practicantes de administración de CENSA, el asesor de control interno y la auxiliar administrativa de almacén se realiza una actualización de todos los activos fijos de cada una de las dependencias del Hospital, con el fin de verificar como estaban los bienes en las dependencias frente al listado de cada una de las dependencias. Este trabajo quedo no fue terminado en el año pasado y los inventarios siguen con inconformidades. Se evidencio que en la totalidad de las dependencias evaluadas presentaron algunas inconformidades las cuales describo a continuación.

1) Aparecen en el programa de activos fijos funcionarios como responsables de bienes a su cargo que desde hace algún tiempo se retiraron de la entidad y no se ha registrado la novedad en el sistema. (Nombre del Funcionario y Documento de Identidad).

2) Se encontraron en las diferentes áreas del hospital activos sin placa, al parecer fue arrancada por los usuarios y/o cuando se realiza el aseo, se caen.

3) En el en el programa de activos fijos
   - Se encuentran muchos bienes digitados con errores en los códigos, placas y nombre del activo. (de un Numero más o con una letra al final).
   - Se observa en el listado de activos fijos muchos bienes sin el responsable (nombre y documento de identidad), sin localización, centro de costos, marca, modelo y serie entre otros.
   - En la columna de estado aparecen las letras B – M – R pero también una I y una S que no están bien identificado.
   - Aparecen bienes con R de retirados y se imprimieron en el listado.
   - Aparecen bienes en mal estado y no han sido retirados.
   - Aparecen bienes cargados en el centro de costo y la localización en buen comienzo que fue un programa que ya no se maneja en el Hospital, paso hace más de 2 años a la alcaldía. Mirar con el contador que se puede manejar.

4) Con la descripción del activo se presenta un mismo bien con diferente nombre y nombres con errores o mal digitados.

5) En la mayoría de los inventarios de activos fijos digitados en el sistema aparecen sin y nombres con errores o mal digitados. Se encontró bienes que no estaban registrados a esa dependencia y responsable. También se pudo evidenciar que se presentaron faltantes de bienes. Lo peor es que no se tiene un documento de traslado, baja, préstamo u otro que respalde el hallazgo.

6) Hay muchos bienes que están totalmente depreciados y se debe organizar en contabilidad.

7) Se están dando paz y salvo de inventarios sin estar bien organizados en el módulo de activos fijos.

8) Se encontraron bienes en las dependencias que no aparecen en el inventario. No han sido Ingresados.

9) Se sacan bienes de las dependencias sin un debido documento de soporte.

10) No se evidencio evaluación de los proveedores de bienes de consumo y bienes muebles.

11) Se evidencia que se han plaqueado unas canecas y no es lo recomendado ya que estos elementos tienen un costo muy bajo y se dañan muy fácil.

12) Revisadas de forma aleatoria se encontró que todas las dependencias presentaban alguna diferencia de lo real que tiene la dependencia contra el inventario que reporta el sistema

2.5.2.1. Recomendaciones.

a) Organizar el módulo de XENCO de activos Fijos, actualizándolo y realizando los cambios requeridos en las diferentes categorías

b) Conocer muy bien el procedimiento de manejos de los activos fijos en el hospital por parte de la funcionaria encargada y demás funcionarios

c) No realizar ningún movimiento de activos fijos de las diferentes dependencias sin el debido documento y autorización (Traslados, Dar bajas, Ingresos altas, prestamos).

d) Realizar la revisión del programa de inventarios por parte del contador con el fin de ajustarlo a la contabilidad

e) Elaborar las evaluaciones semestrales de los proveedores.

f) Se le debe elaborar un plan de mejoramiento para los puntos que se encuentran negativos o que no se están cumpliendo.

g) Elaborar un documento con el acta de baja de los bienes que se deben sacar del inventario.

h) Entregarle a cada una de las dependencias responsables el inventario definitivo y que sea recibido a satisfacción

i) Ingresar en el módulo de activos fijos XENCO de acuerdo con el nombre de la factura

j) Organizar el inventario de los concentradores de oxigeno con el fin de que se tenga mucha claridad y todos los concentradores deben tener un contrato firmado por el usuario

k) Se debe tomar una decisión con respecto al manejo de los bienes que están cargados a buen comienzo

l) Se debe revisar con el contador los avalúos comerciales y la depreciación

m) Hojas de vida de los equipos con muchas falencias, datos inconclusos y/o faltantes

2.5.3. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros – GBS, Fue actualizado en el 2022 y en el año 2023 fue presentad a la junta directiva para su aprobación y adopción.

2.5.3.1. Recomendaciones.

1) Realizar una adecuada socialización del proceso a todos los funcionarios del Hospital
2) Conocer muy bien el procedimiento de manejos de los activos fijos en el hospital por parte de la funcionaria encargada y demás funcionarios y ejecutar las diferentes actividades como riesgos, indicadores y formatos entre otras.

2.5.4. Plan Anual de Adquisiciones: Adoptado Resolución No 025 enero 2.023. El seguimiento se realiza mediante la evaluación de la ejecución presupuestal con corte a diciembre de 2.023 y se evidencia un adecuado cumplimiento del plan.

El formato de seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones con 20 rubros presupuestales que se evalúan con corte al 31 de diciembre de 2.023 presentó la siguiente ejecución: Se tuvo en cuenta para esta evaluación las adiciones presupuestales realizadas y el porcentaje se califica sobre los pagos en el 4o trimestre de 2023.

- Actividades con un cumplimiento entre el rango de 51 al 100 % se tienen 16 que equivale al 80,0%
- Actividades cumplidas entre 1 y el 50% se han ejecutado 3 actividades que equivalen al 15,0%.
- Actividades a las cuales no se han ejecutado al 4o trimestre de 2023 es 1 que equivale al 5,0%

El cumplimiento total del plan de adquisiciones al 31 de diciembre de 2023 fue de 68%

2.5.4.1. Recomendaciones.

1) Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan anual de adquisiciones del 2.024 de acuerdo con el nuevo plan operativo anual para la vigencia 2024 y actualizarlo en el SECOP.
2) Realizar los cambios que sean necesarios al plan de adquisiciones y actualizarlo en el SECOP cuando se presenten cambios significativos.
3) Subir el plan de adquisiciones para la vigencia del 2024 antes del 31 de enero de 2024 en Gestión Transparente y el SECOP.

2.6. Proceso de Mantenimiento Hospitalario – MHO.	
Responsable:	Subgerencia Administrativa
Objetivo:	Garantizar que la infraestructura, los equipos médicos, biomédicos, de información y comunicación, de apoyo y las ambulancias se mantengan en las mejores condiciones de operación, funcionalidad y seguridad en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, con el fin de brindar una excelente prestación servicios de salud de una forma oportuna, segura, accesible, eficiente, digna y con calidad
Documentos:	Manual de procesos y procedimientos, Plan anual de mantenimiento Hospitalario, hoja de vida equipos, planes de mejoramiento e informes.

Informe:

Se cuenta con un proceso de Mantenimiento Hospitalario el cual fue actualizado en el 2021 y se presentó en el mes de diciembre de 2023 a la junta directiva para su aprobación.

Además, se actualizó la versión 1.0 del plan de mantenimiento el 26 de enero de 2023 y se elaboraron los formatos en Excel con los formatos de:

- Cronograma Equipos Médicos
- Cronograma Equipos de Cómputo, Comunicación y Otros
- Cronograma Equipos Apoyo
- Cronograma infraestructura
- Cronograma Vehículos

El gerente del Hospital certificó que para vigencia comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2024 se asignaron los recursos establecidos por norma del 5% del total de los ingresos de un valor de $ 6.153.467.581.

El valor total del 5% de los ingresos equivale a $ 307.673.379 pero en el presupuesto inicial se presupuestaron valores por $ 242.000.000 presentando se una diferencia de $ 65.673.379, el cual se distribuyó en los siguientes rubros presupuestales y con los siguientes valores definitivos a diciembre 31 de 2023.

2.1.2.02.01.003 Mantenimiento Repuestos y Accesorios con un valor de $ 83.935.044 y una ejecución definitiva de pagos de $ 43.920.223. El presupuesto inicial fue de $ 100.000.000 y tuvo adiciones por valor de $ 29.694.964 y reducciones de $ 45.759.920.
2.1.2.02.01.004 Paquetes de Software con un valor de $ 42.368.373 y una ejecución definitiva de pagos de $ 19.258.355. El presupuesto inicial fue de $ 0 y tuvo adiciones por valor de $ 42.368.373.
2.1.2.02.02.005 Mantenimiento planta física con un valor de $ 357.219.145 y una ejecución definitiva de pagos de $ 18.184.997. Presenta un presupuesto inicial de $ 121.000.000, unas adiciones de $ 298.581.512 y unas reducciones de $ 62.362.367.
2.1.2.02.02.008.05 Mantenimiento Servicio de Metrología y Calibración con un valor de $ 21.000.000 y una ejecución definitiva de pagos de $ 10.770.308. No presento ni adiciones ni reducciones.

2.6.1. Recomendaciones:

1) Recordar a la Subgerencia Administrativa que debe asignar una partida presupuestal para el 2.024 que se denomine mantenimiento hospitalario, por un porcentaje del 5% del total de presupuesto de ingresos al cual se le restan los ingresos de capital y las vigencias anteriores.
2) Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan anual de mantenimiento del 2.024 de acuerdo con el nuevo presupuesto y enviarlo a la seccional se salud de Antioquia.
3) Revisar muy bien los listados de equipos y de activos fijos con los que se elabora el plan.

2.7. Proceso de Control de Gestión - COG:	
Responsable:	Asesor de Control Interno
Objetivo:	Realizar actividades encaminadas a verificar que en la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios de Concordia se establezcan políticas, planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación, evaluación y mejoramiento continuo a la gestión, con el fin de garantizar los principios de responsabilidad, transparencia, eficiencia, eficacia, economía, celeridad e imparcialidad, de acuerdo con la normatividad vigente ayudando al cumplimiento de la misión, objetivos y metas institucionales.
Documentos:	Plan anual de Auditorías Internas, Manual de procesos y procedimientos, Código de Ética del Auditor, fichas técnicas de indicadores, mapas de riesgos, Informes, Hojas de vida, contratos, formatos, planes, guías, instructivos y planes de mejoramiento

Informe:

2.7.1. Manual de Procesos Control de Gestión. Se tiene un manual de procesos aprobado por junta directiva acuerdo No 009 de 2.017 y adoptado mediante resolución No 214 de 2.017 el cual está publicado en la página web institucional y socializado con el comité de control interno. Se actualizó en el 2021, y en junio de 2023 fue presentado a la Junta Directiva para su aprobación.

2.7.2. Plan Anual de Auditorías Internas: Todos los años la oficina de Control interno presenta al comité un Plan de Auditorías internas para su aprobación y se adopta mediante la resolución No 024 de enero del 2.023.

Un Código de Ética del Auditor Interno Adoptado mediante la Resolución No 199 de 2.019

A diciembre 31 de 2.023 se tiene el siguiente avance del Plan Anual de Auditorías Internas a los diferentes procesos administrativos: Mirar el formato de seguimiento.

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

NOMBRE DEL PROCESO Y/O ACTIVIDAD A AUDITAR	MESES DEL AÑO 2.023												Nro. Total de Auditorias 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	12	12
Direccionamiento Estratégico	X			X			X			X			4	4
Organización Jurídica								X					1	0
Gestión de Bienes y Suministros						X				X		X	3	3
Gestión del Talento Humano			X			X			X				3	1
Gestión Financiera	X			X			X			X			4	4
Gestión de Transparencia e Información								X		X			2	2
Servicio Farmacéutico				X		X						X	3	3
Mantenimiento Hospitalario													NA	0
Servicios Generales													NA	0
Plan de Gestión de Residuos PGIRASA					X								1	0
Sistema de Gestión de la Salud SG-SST						X			X			X	3	3
Arqueos de Caja Menor			X		X			X				X	4	4

Programa para Auditorias de Mejora Calidad PAMEC												x	1	1
Riesgos por Procesos					x								1	0
Modelo integrado de Planeación y gestión MIPG				x			x				x		3	3
Planes de mejoramiento		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	11
Total auditorias programadas 2.023	3	2	4	6	5	6	5	5	4	6	3	7	56	51
Total auditorías ejecutadas 2.023	3	2	3	6	3	5	5	4	4	6	3	7	51	
EL TOTAL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS EN 2.023														91%

Nota: Los Informes de auditorías internas son socializados con los líderes de los procesos y entregados de forma digital y físico con el fin de realizar los respectivos planes de mejoramiento. En la mayoría de los casos los líderes de los procesos no realizan el plan de mejoramiento.

2.7.2.1. Recomendaciones:

1) Presentar a la oficina de control interno los respectivos planes de mejoramiento de los hallazgos encontrados en ellos informes de auditoría.
2) Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan anual de auditorías internas a los procesos y el plan de acción del 2.024 de acuerdo con el nuevo plan de desarrollo y presentarlo al comité de control interno para su aprobación.
3) Socializar el proceso de Control de Gestión con los jefes de dependencias.
4) Capacitar funcionarios en el proceso de auditorías para que se establezca un equipo auditor.
5) Colaborar con el PAMEC para que se realice su cumplimiento y seguimiento.

2.7.3. Reporte de Informes de Control Interno: La oficina de control interno del Hospital tiene dentro de sus funciones responder por el reporte de la siguiente información:

- Informe Ejecutivo Anual Evaluación del Sistema de Control Interno de cada vigencia FURAG II en los meses de febrero y marzo de cada año. El Cual Mide el Índice de Desempeño Institucional con un resultado global de un 65.2% del año 2022.
- Informe Pormenorizado de Control Interno de ley 1474 de 2.011 en junio y diciembre de cada año
- Reporte de Información de Ley de cuotas en el mes de septiembre de cada año
- Reporte de informe derechos de autor. En el mes de marzo de cada año
- Informe consolidado de PQRSF en los meses de junio y diciembre de cada año.
- El Informe de seguimiento a la Política y Mapa Anticorrupción en los meses de abril, agosto, octubre y enero del año siguiente.

Todos los Informes fueron reportados por control interno de forma oportuna y son publicados en la página web institucional. Se pueden verificar los certificados de rendición oportuna.

2.7.4. Informe de la Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones PQRSDF para la vigencia del 2.023. 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, por línea telefónica 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 5. Resultado de las PQRSDF recibidas por servicios en el año 2.023.

Actividad o dependencia	Total					Total
	P	Q	R	S	F	
De asignación de citas		18		1		19
Del servicio de urgencias		18		1		19
De Hospitalización		3				3
De la consulta medica		6		1		7
De Farmacia		15		2		17
De Odontología		4				4
De Rayos X						0
De acciones de P y P - Vacunación		2				2
De Laboratorio		2				2
De Servicios Generales						0
Otras: Archivo Clínico		1				1
Felicitaciones					19	19
GRAN TOTAL 2.023	-	69		5	19	93
PORCENTAJE % EN 2.023	0.0%	74%	0.0%	6%	20%	100%

2.7.4.1. Motivos más frecuentes para las PQRS.

- **En Farmacia**: No se entregan todos los medicamentos en las fórmulas y no se avisa cuando llegan, solucionar el problema que hay con las largas filas que hay que hacer para reclamarlo, atención de mala calidad y no entregaron medicamentos, porque cuando salieron de la consulta estaba cerrado. Se sugiere tener más personal para la atención en la farmacia para que sea más ágil el servicio.

- **En Urgencias**: Muy demorada la atención en urgencias cuando ingresan al TRIAJE, mejorar la oportunidad en la atención, atención deshumanizada, se la pasan conversando, mala calidad en la atención de algunos médicos y enfermeras. Sugerencia que se tengan tapabocas y antibacterial y que se tenga un vigilante en el día.

- **En Admisiones:** No contestan el teléfono o se demora mucho, la mala actitud de los funcionarios en la atención, no tienen paciencia con las personas que no saben leer ni escribir, dificultad para pedir citas médicas, usuarios inconformes porque no fueron atendidos, no aparecían en la agenda del médico, hay preferencias con los usuarios, se agendan mal las citas y no se brinda explicación clara de la toma de muestra de exámenes de laboratorio.

- **En laboratorio:** no tuvieron prioridad para atender a una materna, atendieron a otras personas que llegaron después de ella, inconforme con atención médica y con el resultado de los exámenes del laboratorio.

- **En odontología:** Desinformación, atención de mala calidad, no la atendieron porque tomo café con leche y ella no sabía y la odontóloga es prepotente y regaña porque si y porque no; y hace preferencias con los usuarios.

- **Servicios Generales:** no hacen bien el aseo, no cumplen con su función adecuadamente.

- **Archivo Clínico:** no le entregaron una historia clínica que necesitaba con urgencia y entrega de historia clínica a la persona equivocada. Falta información para reclamar Historia Clínica.

- **En Vacunación:** dificultad para agendar las citas y para renovar o sacar el carnet cuando este se le pierde al usuario.
- **En Rayos X:** Se sugiere que cuando se tome los Rayos X, se le explique a los pacientes que no se entregan las lecturas.
- **Hospitalización:** Se presenta una larga espera para la toma de los electro cardiogramas, aunque se tenga la cita programada.
- **Consulta Médica:** usuaria no está de acuerdo con la atención del médico interno para las maternas mala atención de una médica

2.7.4.2. Resultado de los servicios prestados del año 2.023. Durante el año 2.023, se realizaron un total de 29.058 atenciones a los usuarios en los diferentes servicios que ofrece el hospital. A continuación, presentamos el resultado arrojado en el año 2.023 a los siguientes servicios:

Cuadro Resumen con el Número de Atenciones realizadas por servicio en el 2023:

Nombre del Servicio	Nro Actividades realizadas	Porcentaje %
Consulta Médica	16.068	11%
Odontología	1.850	2%
Urgencias	8.126	7%
Laboratorio	35.200	30%
Rayos X	2.994	3%
Farmacia	49.571	42%
Hospitalización	198	0%
P y P	6.060	5%

2.7.4.3. Resultado de las encuestas de satisfacción del año 2.023

Para el año 2.023 se realizaron en el hospital 2.693 encuestas de satisfacción las cuales arrojaron el siguiente resultado

Nombre del Servicio	Nro Actividades realizadas	Porcentaje %
CONSULTA MEDICA	232	9%
URGENCIAS	575	21%
HOSPITALIZACIÓN	150	6%
LABORATORIO	299	11%
ODONTOLOGÍA	196	7%
RAYOS X	40	1%
FARMACIA	210	8%
ACCIONES DE PY P	295	11%
PARTOS	21	1%
OTRAS AYUDAS ELECTROS	421	16%
SALUD ORAL	243	9%
VACUNACION	11	0%

2.7.4.4. Recomendaciones.

1) Fortalecer la inducción y reinducción a todos los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia sobre el manejo e implementación del procedimiento de las PQRSDF.
2) Capacitar a la Asociación de Usuarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia sobre el procedimiento de PQRSDF y hacerle entrega de los formatos para formulación.
3) 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.
4) Es muy importante que se tenga identificado los temas más recurrentes del procedimiento de las PQRS, con el fin de establecer espacios con los líderes de los procesos con el fin de mejorar la prestación de servicios.
5) Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento resultado del procedimiento de las PQRS.
6) Organizar el lenguaje que se utiliza en los cuestionarios con el fin de que cualquier usuario la entienda y la pueda elaborar
7) Brindar una respuesta oportuna, completa y clara a todas la PQRSDF que se radiquen en el Hospital

2.7.5. Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

En el año del 2.017 se crea el comité de Planeación y Gestión de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1499 de 2.017.

En el año del 2.018 se realizó el diagnóstico del MIPG de acuerdo con la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la cual arrojo unos planes de mejoramiento por cada una de las 7 dimensiones del MIPG.

Para el año 2023 se realizó el plan de acción el cual fue publicado en la página web institucional. La oficina de control interno realiza el seguimiento a las actividades programadas en el plan de acción.

Cuadro No 5. Resultado de las Actividades de las Dimensiones de MIPG durante el año 2023.

Nombre de la Política	Cumplidas	No Cumpli	No vencidas	Total Activ.	% cumplimiento
Estratégica del Talento Humano.	43	33	0	76	53,0%
Integridad	0	5	0	5	0,0%
Planeación institucional	14	1	3	18	78,0%
Gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público.	11	0	0	11	100,0%
Compras y contratación	5	1	0	6	83,0%
Gestión del plan anticorrupción.	6	8	0	14	43,0%
Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	3	2	0	5	60,0%
Gobierno digital	7	4	0	11	64,0%
Seguridad digital	6	14	0	20	30,0%
Defensa jurídica	2	17	0	19	10,5%

Servicio al ciudadano	13	1	0	14	93,0%
Gestión de trámites	1	14	0	15	7,0%
Gestión de la rendición de cuentas.	8	5	0	13	61,5%
Relación con el ciudadano	12	2	0	14	86,0%
Evaluación del desempeño institucional	12	2	0	14	86,0%
Gestión documental	14	15	0	29	48,0%
Gestión de la información estadística	5	3	0	8	62,5%
Gestión del conocimiento y la innovación	2	11	0	13	15,0%
Control interno.	22	6	0	28	78,5%
TOTAL	**186**	**144**	**3**	**333**	**55,9%**

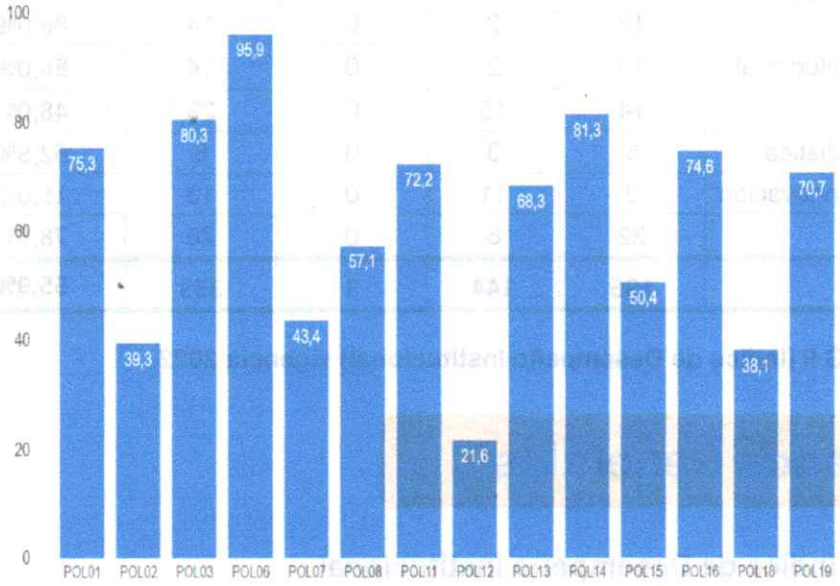
Resultados del FURAG II (Índice de Desempeño Institucional) vigencia 2022

I. Resultados Generales

Índice de Desempeño Institucional

Nota 1 : El promedio del grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo. Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

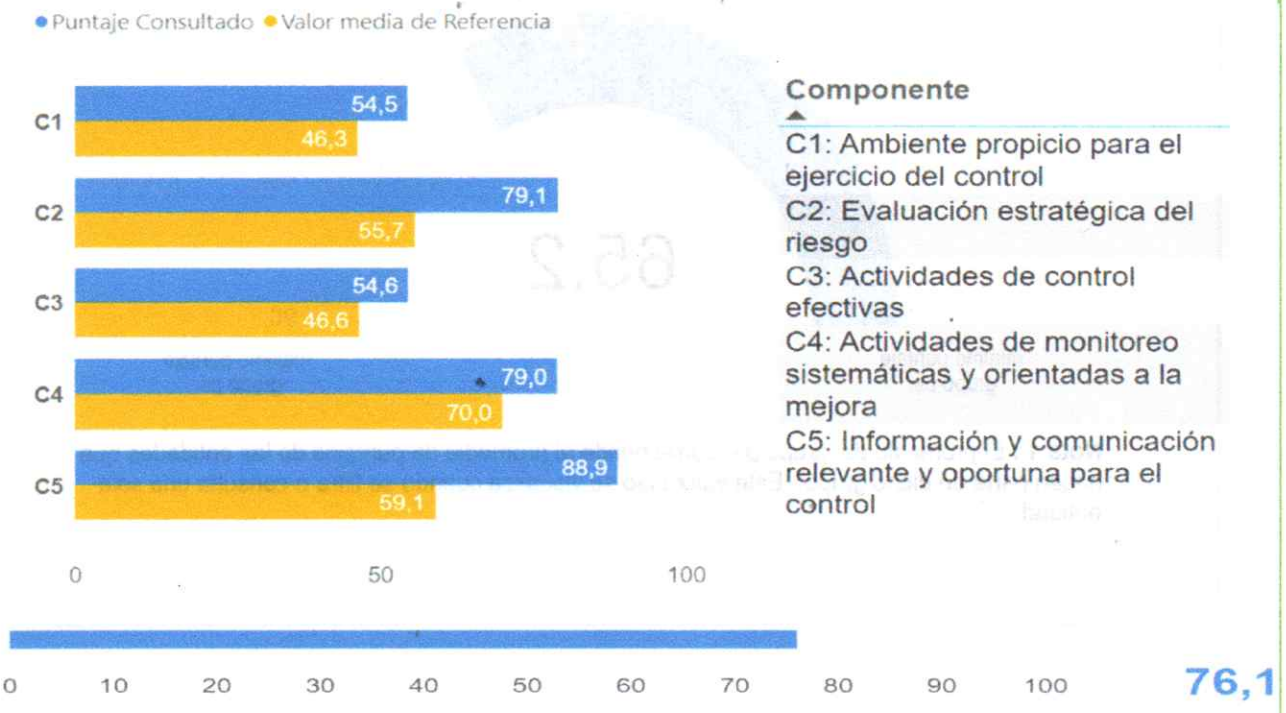
III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



POLITICAS

- POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano
- POL02: Integridad
- POL03: Planeación Institucional
- POL06: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
- POL07: Gobierno Digital
- POL08: Seguridad Digital
- POL11: Servicio al ciudadano
- POL12: Racionalización de Trámites
- POL13: Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- POL14: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- POL15: Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción
- POL16: Gestión Documental
- POL18: Gestión del Conocimiento
- POL19: Control Interno

Nota 1: La política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto público para las entidades territoriales no fue calculada para la presente vigencia, dado el proceso de revisión y validación que está adelantando el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
Nota 2: Con el fin de garantizar la calidad de los datos reportados, los líderes de política validaron la información reportada para una muestra de entidades; como resultado se identificaron algunas sobre las cuales se hace necesario adelantar una revisión más detallada a fin de confirmar los puntajes finales obtenidos.



Componente

- C1: Ambiente propicio para el ejercicio del control
- C2: Evaluación estratégica del riesgo
- C3: Actividades de control efectivas
- C4: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora
- C5: Información y comunicación relevante y oportuna para el control

Nota: Este índice solo se calcula para las entidades a las que les aplica MIPG, cuya medición al sistema de control interno se hace en el marco de la séptima dimensión, y corresponde exclusivamente a la evaluación llevada a cabo por los jefes de control interno.

2.7.5.1. Recomendaciones.

- Socializar el Código de ética y buen gobierno y el código de Integridad.
- Fortalecer la Política de participación ciudadana en el Hospital.
- Socializar el Plan Operativo Anual y de gestión gerencial.
- Socializar el Manual de inducción y reinducción.
- Actualizar los procesos y procedimientos al nuevo Mapa de Procesos.
- 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.
- Socializar la guía de administración del riego en el Hospital.
- 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.
- Fortalecimiento al PAMEC.

2.7.6. Los Indicadores de calidad: Estos son tenidos en cuenta para la evaluación de las diferentes dependencias durante la vigencia del 2.023 y que son otro de los insumos para la evaluación de la oficina de control interno.

Estos se revisan a través de los correos institucionales con las hojas de cálculo que tienen las siguientes dependencias en la carpeta de Indicadores de Calidad 2.023:

- Cuadro de Mando de Indicadores de Apoyo Diagnostico 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.
- Cuadro de Mando de Indicadores de Atención al Usuario
- Cuadro de Mando de Indicadores Financieros.

2.8. Proceso de Gestión Financiera - GFI

Responsable:	Subgerencia Administrativa
Objetivo:	Revisar los diferentes procedimientos relacionados con el proceso de la Gestión Financiera en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia con corte a 31 de diciembre de 2.023 y presentar el informe final de auditoría al comité de control interno.
Documentos:	Cuadro de cuentas por pagar, cuadro de glosas, cuadro de cuentas por cobrar, presupuestos de ingresos y gastos, cuadro de facturación, boletines de cajas, conciliaciones, estados financieros, cuadro de caja menor y planes de mejoramiento.

2.8.1. Hallazgos:

- Durante el año fueron identificados algunos errores en la ejecución presupuestal de egresos los cuales en su mayoría fueron corregidos con la ayuda de los asesores de XENCO pero se siguen presentando muy pocos saldos negativos.
- Es de anotar que la ejecución presupuestal fue entregada por la sugerencia administrativa a control interno el 20 de febrero del 2024, lo cual retarda el cumplimiento del plan de auditorías a los procesos presentado por esta oficina.
- Al corte de diciembre 31 de 2.023 se presenta unas CxP distribuidas en 164 clientes con un saldo de $ 1.609.6 millones: En este valor no está incluido el pago de las estampillas que se adeudan al departamento y al municipio y está incluido un saldo de $ 219 millones a nombre de la entidad de una causación a nombre del hospital.
- De estas CxP a diciembre 31 de un total $ 1.609.6 millones, se tienen 63 clientes que tienen CxP con un saldo mayor de $ 5 millones la cual suma en su totalidad $ 1.453.9 millones que representa el 90.3%. Es muy importante tratar de realizar el pago de estas cuentas.
- Las CxP que se tienen con los empleados del Hospital a diciembre 31 de 2023 tenemos 49 exfuncionarios a los cuales se les adeudan su liquidación u otros pagos por un valor total de $ 356.1. millones que equivale con respecto al total en un 22.1%. Pero lo más delicado es que se tienen 33 exfuncionarios que tienen unas CxP por valor de $ 204.8 en el rango de más de 180 días de vencido. Es muy Importante realizar el pago lo antes posible.

- Pero también se tienen 35 clientes a los cuales se les adeuda saldo menor de $ 500.000 lo que se recomienda su pago ya que son saldos muy pequeños que valen $ 6.335.877 millones. Esta dependencia recomienda realizar los pagos. No impactan mucho en el valor total de la cartera pero rebajan mucho los clientes a los que se les adeuda.

- Hay 9 clientes a los cuales se les adeuda un valor mayor de $ 20 millones, los cuales suman unas CxP en total $ 900 millones de un total $ 1.609.6 millones que representa el 56.0%. Pero de estos 9 clientes hay uno que es el Hospital (a funcionarios por primas y cesantías causadas) con un valor de $ 473.7 que representa el 29.4% y COHAN con $ 178.6 Millones que representa el 11.1% del total de las CxP a diciembre 31 de 2023 que fueron $ 1.609.6.

- El mayor porcentaje de las CxP a diciembre 31 del 2.023 está en los rangos de 1 a 30 días con un saldo promedio al año de $ 566 millones que es el 52.5% y de más de 360 días con un saldo promedio al año de $ 259.3 millones que representa el 24%, lo que equivalen al 76.5% del promedio total de las cuentas por pagar de $ 1.077.3.

- En las CxP con corte a diciembre 31 tenemos 41 exfuncionarios a los cuales se les adeudan su liquidación u otros pagos por un valor total de $ 274.9. millones que equivale con respecto al total en un 26%. Pero lo más delicado es que se tienen 21 exfuncionarios que tienen unas CxP por valor de $ 180 en el rango de más de 180 días de vencido. Es muy Importante realizar el pago lo antes posible.

- Se evidencia que existen saldos por pagar a 17 Hospitales del Dpto que suman $ 35.8, es muy importante mirar si estos también nos deben a nosotros para mirar la posibilidad de un cruce de pagos.

- Se tienen CxP con 17 contratistas de prestación de servicios profesionales a los cuales se les adeudan pagos por valor de $ 68.5 millones

- Es de anotar que para este informe no se tuvo en cuenta las CxP por concepto de pago de estampillas del Departamento y el municipio

- Como podemos ver en el cuadro anterior la mayor Se evidencia que al proveedor de medicamentos COHAN se le tienen CxP por un valor de $ 178.6 millones que representa el 11.0% del total de las CxP siendo el primer proveedor con el que se tienen una mayor deuda a diciembre 31 de 2023.

- Del valor total de la cartera a diciembre 31 de 2.023 por $ 2.980.6 millones repartida en 102 clientes, se puede observar que 41 clientes con un saldo mayor a $ 5 millones, presentan unas CxC de $ 2.900.2 millones que equivale al 97.3% del total. De acuerdo con lo antes expuesto se deben de establecer las medidas para realizar un cobro efectivo de estos 41 deudores lo cual tendría un impacto demasiado significativo en el saldo total de cartera.

- Se evidencia que se tienen unos saldos con vencimiento de más de 720 días en 3 entidades que están en proceso de liquidación, como son Cafesalud con un saldo de $ 154 millones, Saludcoop con $ 20 millones y Caprecom $ 6.3..

- En el mes de octubre de 2.023 se presentaron 20 glosas por un valor de $ 91.736.203 de una facturación por valor de $ 144.512.797 millones y después de realizados los procedimientos en el Hospital se aceptaron glosas por valor de $ 33.837.539 y no se presentaron glosas con daño patrimonial y se presentaron 3 glosas sin justa causa. Es un valor demasiado alto de glosas aceptadas. Mirar que paso en ese mes.

- Se pudo observar que se encontraban conciliadas las diferentes cuentas bancarias de los meses del último trimestre de 2023 y no se presentaron partidas pendientes de conciliar, también se elabora el boletín diario de caja el cual presentó el siguiente saldo final a diciembre 31 de 2023.por valor de $ 193.750.429 millones.

- Los recaudos de efectivo de cada una de las áreas no deben ser guardado por los funcionarios en los bolsillos y/o en sus bolsos

2.8.2. Recomendaciones.

a) Se recomienda realizar en el comité de saneamiento fiscal y financiero una revisión a fondo de la cartera para realizar una depuración de acuerdo con la normatividad vigente y que se realicen las reuniones de los comités del área financiera
b) Revisando con la Auxiliar Administrativa de Cartera el proceso que se está llevando para el cobro de la cartera se puede evidenciar que existen muchos vacíos y desconocimiento por parte de la funcionaria para estos cobros. Por lo tanto, esta oficina recomienda que se debe solicitar a la Asesora Jurídica del Hospital una capacitación y asesoría al personal de cartera sobre el manejo del proceso de cobro prejurídico.
c) Se recomienda se realice de forma diaria en seguimiento por parte de la sugerencia administrativa, al presupuesto, la cartera, las cuentas por pagar y en especial al boletín diario de caja lo mismo que al informe del decreto 2193.
d) Se debe realizar un mayor control por parte del Subgerente admimnistrativo de las ejecuciones presupuestales, con el fin de evitar malos manejos y errores en las ejecuciones de ingresos y gastos.
e) Se debe de realizar por parte de la funcionaria de cartera las consignaciones diarias de efectivo con el fin de que en el Hospital no se manejen altas sumas de dinero y que el respectivo jefe del área realice el seguimiento.
f) Se recomienda revisar el procedimiento de recaudo de dinero en efectivo de las diferentes áreas y hace un mejor seguimiento
g) Con la información antes relacionada se puede evidenciar la forma como se están realizando el manejo presupuestal, las conciliaciones, los boletines de caja, las deudas y las cuentas por cobrar por los funcionarios del área financiera del hospital, dejando ver que se realizan de acuerdo con la normatividad vigente, en una forma oportuna y veraz.
h) Es muy importante que la ejecución presupuestal sea entregada a esta oficina de forma mensual y no de forma retardada. Esto retrasa ejecutar la auditoría a los procesos financiero y estratégico del plan operativo anual y de desarrollo entre otros.
i) Se observa que antes de efectuar un contrato o movimiento presupuestal se consultan e imprimen las disponibilidades y Registros presupuestales de acuerdo con lo establecido en la norma.
j) Se observa que se vienen realizando las conciliaciones bancarias y los boletines de caja de una forma correcta, solo faltan las firmas del contador. Se deben revisar por el subgerente para un mayor control.
k) Se recomienda se siga realizando de forma mensual el pago de las estampillas y el acuerdo de pago que se tiene con el Municipio y mirar con el departamento. Se recomienda hacer acuerdo de pago o llegar a un arreglo con el Departamento.
l) Se debe realizar el seguimiento al plan de adquisiciones de forma mensual y realizar los respectivos cambios y actualizarlos en el SECOP II
m) Es muy importante que se tomen medidas efectivas para realizar el pago de las liquidaciones a los exfuncionarios

3. ANEXOS:

1) Cuadros de la Evaluación del Plan de desarrollo Institucional del 2.023
2) Informe de Auditorías Internas de los procesos administrativos del 2.023.
3) Informe de la oficina de atención al usuario del 2.023.
4) Cuadro con los contratos de 2.023.
5) Informe y auditoria del SG-SST del 2.023.
6) Resultados del FURAG II del DAFP del 2.022.
7) Cuadros de mando de los indicadores de calidad de los diferentes servicios.
8) Cuadro con la programación de los comités.

JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA
Asesor de Control interno.

Salud Integral para Todos
Nit 890907297-3
Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com