



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

INFORME DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR PROCESOS DE 2.024.

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE
CONCORDIA**

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Versión 8.0

CONCORDIA, Febrero 25 de 2.025

"Más y Mejores Servicios"

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



DOCTOR. MARIO ALAJANDRO CADAVID CADAVID

Gerente de la Empresa Social del Estado

SEÑOR. JUAN CARLOS ÁLVAREZ ARANGO

Subgerente Administrativo

SEÑOR. JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA

Asesor de Control Interno

DOCTORA ANA MARÍA GONZÁLEZ ESCOBAR

Odontóloga

SEÑORA. GLORIA MARÍA LONDOÑO GIRALDO

Profesional Universitaria del Área de la Salud

SEÑORA. JULIANA ANDREA CADAVID MESA

Enfermera

SEÑORITA. MARÍA DE LOS ANGELES SÁNCHEZ

Enfermero

SEÑORA. RAQUEL ROMERO ANAYA

Regente de Farmacia

SEÑORA. CLAUDIA ORTIZ OSPINA

Auxiliar Administrativa SIAU

SEÑORITA. LUZ ALEIDA BETANCUR TOBON

Secretaria

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



TABLA DE CONTENIDO.

Introducción	04
1. ASPECTOS GENERALES	05
1.1. Normatividad	05
1.2. Objetivo de la Evaluación	06
1.3. Objetivos Generales	06
1.4. Alcance	06
2. METODOLOGÍA	06
2.1. Evaluación del Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE	07
2.1.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional consolidado 2021 - 2024.	07
2.1.2. Informe de Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional y Operativo vigencia 2024	09
2.1.3. Informe de Seguimiento al Plan de Gestión Gerencial	12
2.1.4. Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión	13
2.1.5. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos	15
2.1.6. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales	16
2.2. Proceso de Contratación	17
2.3. Proceso de Gestión de Información	19
2.4. Proceso de Gestión de Talento Humano	23
2.5. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros	26
2.6. Proceso de Mantenimiento Hospitalario	30
2.7. Proceso de Gestión de Control	31
2.8. Proceso de Gestión Financiera	42
3. ANEXOS	46

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



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: <ul style="list-style-type: none">• Se anexa en la versión los resultados de la evaluación del sistema de control interno que se realiza en el FURAG. Grado de Madurez y su interpretación.• Se tiene en cuenta el informe consolidado de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones.• Se tiene en cuenta Plan Anual de las auditorías internas y sus y el cumplimiento a los planes de mejoramiento.• El Informe de auditorías de calidad PAMEC.• Informes de las auditorías al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST.• El Informe de la auditoría de la Contraloría General de Antioquia.• El manejo de los diferentes indicadores de gestión del plan de desarrollo y los indicadores de calidad.• Se tiene en cuenta el seguimiento al sistema de costos.• Se anexa un cuadro con la evaluación de la oficina de control interno por dependencia que es la base para la calificación de los funcionarios de carrera.
3.0	2019	Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
4.0	2020	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.
8.0	2024	Se actualizan todos los cuadros de la versión 7.0. Se Cambia el Objetivo General de la versión 7.0.

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



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, 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



1. ASPECTOS GENERALES:

1.1. Normatividad.

- **Ley 909 de 2.004:** En su Artículo 39, inciso 2; Obligación de evaluar. El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.
- **Decreto 1227 de 2.005:** Artículo 52. El desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa deberá ser evaluado y calificado con base en parámetros previamente establecidos a partir de los planes anuales de gestión del área respectiva, de las metas institucionales y de la evaluación que sobre el área realicen las oficinas de control interno o quienes hagan sus veces, de los comportamientos y competencias laborales, habilidades y actitudes del empleado, enmarcados dentro de la cultura y los valores institucionales.
- **Decreto 1083 de 2.015:** Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Título 8º, Capítulo 1º Evaluación del Desempeño Laboral.
- **Acuerdo 565 de 2.016:** Capítulo II, Artículo 8º Responsables en el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral.
- **Acuerdo 816 de 2.016:** Capítulo I, Generalidades de la evaluación del desempeño Laboral. Artículo 1º: Conceptos. Numeral 1.10. **Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias.** Es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad respectiva. Se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas y es suministrada a los responsables de la evaluación por el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, constituyéndose en parte de la evaluación definitiva del empleado.
- **Acuerdo 6176 de 2.018:** Artículo 7º Compromisos de mejoramiento y Artículo 8º Calificación definitiva y el anexo técnico.
- **Circular 4 de 2.005:** del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.
- **Resolución No 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 2.024. 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 2023 y en el seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST y a las evaluaciones y verificaciones relevantes realizadas por la oficina de Control Interno dentro de su Plan Anual de Auditorías Internas.

2. METODOLOGÍA:

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

La oficina de Control Interno durante el período evaluado del presente informe, Realizó: Auditorías, evaluaciones, verificaciones, participación en las reuniones de algunos de los comités institucionales, visitas de seguimiento de las cuales emitió los respectivos e informes, y por último las recomendaciones sugerencias con el fin de subsanar las deficiencias encontradas; así como la formulación de los Planes de Mejoramiento y su respectivo cumplimiento. Estas actividades se enmarcaron dentro de las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y de acuerdo con el 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 2.024.
- 2) El Segundo Anexo que se tiene en cuenta para la evaluación de la oficina de control interno para la vigencia del 2.024 son los formatos con el informe de las autorías de control interno, 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.

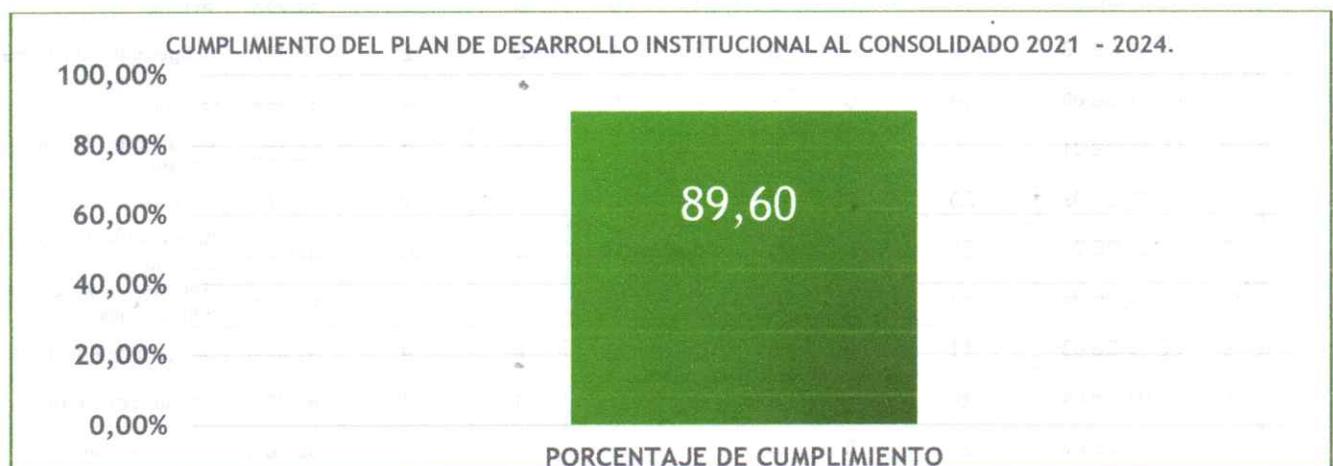
Con base en la información antes mencionada se realiza el siguiente informe de gestión de la oficina de Control Interno del año 2023 con el fin de dar a conocer a la alta dirección el resultado de las metas, planes y actividades desarrollados en cada uno de los procesos:

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 –POA 2024 y los Planes estratégicos 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, Actas de Comités, Planes de mejoramiento y cuadro programación de los Comités.

2.1.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional consolidado 2021 - 2024. Para esta evaluación se tienen en cuenta tres formatos de Excel así:

- Grafica No 1 Evaluación del Plan de Desarrollo consolidado POA de 2021 - 2024.
- Grafica No 2 Consolidado de los Objetivos del Plan de Desarrollo de 2021 - 2024.
- Cuadro consolidado de la Evaluación por Actividades del Plan de Desarrollo de 2021 - 2024

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



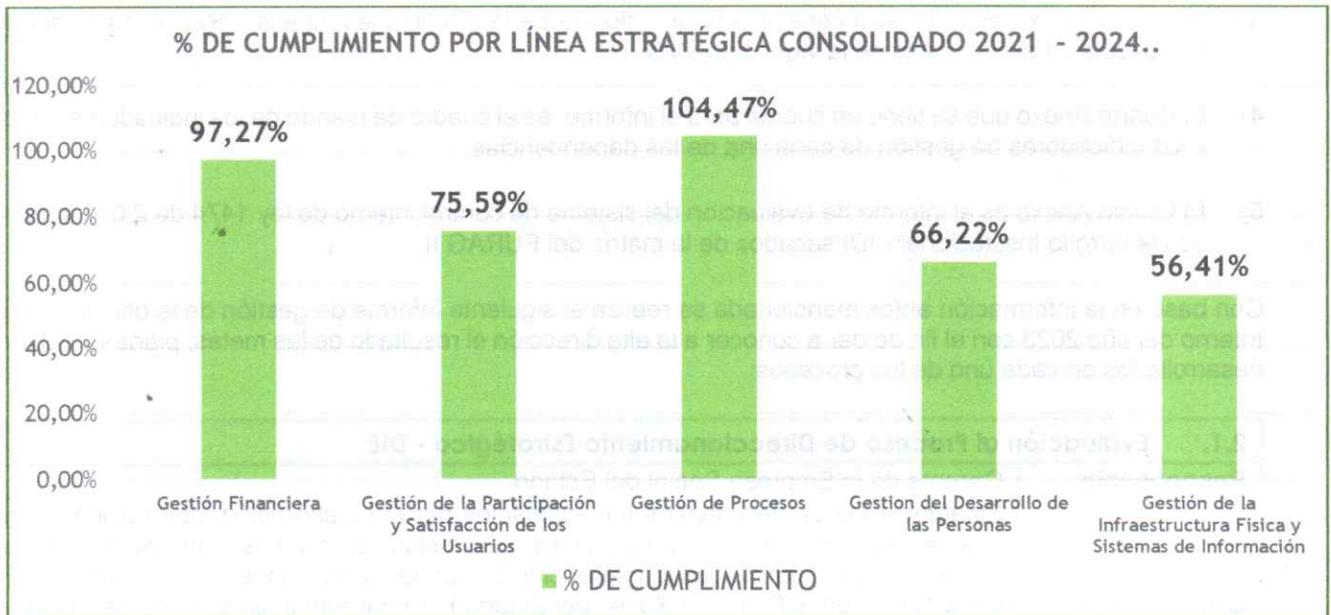
“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



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

Nro	Compromisos	No de Actividades por Objetivo	% Cumplimiento de los Compromisos por Objetivo						% Cum Total Objet	Responsables
			NA	0	1- 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas		
1	LE 01 OB 01	20	0	0	11	2	1	6	61,67%	Gerente
2	LE 01 OB 02	22	0	0	7	1	1	13	86,30%	Gerente y Subgerente administrativo
3	LE 01 OB 03	17	0	0	7	1	0	9	75,56%	Subgerente Administrativo
4	LE 01 OB 04	20	0	1	3	5	3	8	99,89%	Gerente y Subgerente administrativo
5	LE 01 OB 05	6	0	6	0	0	0	0	0,00%	Gerente y Subgerente administrativo
6	LE 01 OB 06	3	0	1	1	1	0	0	46,91%	Gerente y Subgerente administrativo
7	LE 01 OB 07	4	0	0	1	0	3	0	86,98%	Gerente
8	LE 01 OB 08	10	0	0	7	1	0	2	86,37%	Subgerente Administrativo.
9	LE 01 OB 09	19	0	8	7	0	0	4	30,66%	Gerente
10	LE 02 OB 01	7	0	0	3	0	1	3	92,05%	Subgerente de Atención al Usuario
11	LE 02 OB 02	25	0	2	10	3	3	7	69,47%	Gerente
12	LE 03 OB 01	58	0	3	8	15	9	23	109,30%	Subgerente de Atención al Usuario
13	LE 03 OB 02	46	0	6	21	9	3	7	61,00%	Gerente y Subgerente administrativo
14	LE 03 OB 03	11	0	5	2	0	0	4	91,41%	Subgerente Administrativo.
15	LE 03 OB 04	6	0	0	3	1	1	1	65,79%	Asesor Externo de Calidad.
16	LE 03 OB 05	21	0	0	13	2	2	4	50,26%	Asesor de Calidad



Nro	Compromisos	No de Actividades por Objetivo	% Cumplimiento de los Compromisos por Objetivo						% Cum Total Objet	Responsables
			NA	0	1- 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas		
17	LE 03 OB 06	40	0	1	12	1	2	24	74,58%	Gerente y Asesor Control Interno.
18	LE 04 OB 01	11	0	0	4	4	1	2	52,32%	Gerente y Subgerente administrativo
19	LE 04 OB 02	9	0	3	3	3	0	0	61,76%	Gerente y Subgerente administrativo
20	LE 04 OB 03	25	0	5	9	3	1	7	69,25%	Gerente y Subgerente administrativo
21	LE 04 OB 04	19	0	0	8	5	0	6	69,88%	Gerente y Subgerente administrativo
22	LE 05 OB 01	19	0	7	6	5	1	0	37,98%	Gerente y Subgerente administrativo
23	LE 05 OB 02	26	0	13	7	1	1	4	37,69%	Gerente y Subgerente Administrativo.
24	LE 05 OB 03	12	0	0	5	1	1	5	81,59%	Gerente y Subgerente Administrativo.
		456	0	61	158	64	34	139		

Cuadro Consolidado de la clasificación de las actividades por rangos del 2021 - 2024.

RANGOS	TOTAL DE COMPROMISOS	% TOTAL DE COMPROMISOS
0	61	13.38%
1- 50	158	34.65%
51 - 80	64	14.04%
81 - 99	34	7.46%
100 o mas	139	30.48%
TOTAL	456	100.00%

2.1.2. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional POA vigencia 2024

- Evaluación del Plan de Desarrollo con corte al 31 de diciembre de 2.024.
- Cuadro Consolidado de los Objetivos del Plan de Desarrollo de 2.024.
- Cuadro de la Evaluación por Actividades del Plan de Desarrollo de 2.024.

Cuadro No 1: Formato de Evaluación de los Objetivos del Plan de Desarrollo 2.024.

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:	22 de febrero 2.024.
Objetivos del Proceso o de la Dependencia:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para la vigencia del 2.024. 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. 		

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



Cuadro No 2 Resumen de los Objetivos de la Evaluación del Plan Operativo Anual – POA 2024.

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	11	1	0	0	7	73,73%
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	3	1	0	5	76,83%
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	1	0	4	117,70%
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	5	1	0	4	45,97%
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	2	1	0	0	0	28,54%
6	Obtener adecuados niveles de satisfacción de los clientes internos y externos 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	101,91%
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	1	2	5	69,51%
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	6	5	9	20	120,70%
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	4	1	0	0	1	16,45%
10	Avanzar en la implementación de los componentes del Programa de Auditoría 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	13	1	2	1	4	24,59%

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”
Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia
Teléfono: 8446161- 844 7722
hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co
Nit. 890907297-3



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	1	1	0	2	81,14%
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	1	1	1	57,32%
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	6	1	1	0	4	54,10%
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	11	3	0	0	5	44,52%
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	4	0	2	0	4	68,11%
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	18	1	1	1	5	34,22%
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	1	1	0	5	64,02%
TOTAL DE ACTIVIDADES POR RANGOS 211		0	87	28	18	14	79	
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		0,00%	38,50%	12,39%	7,96%	6,19%	34,96%	

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

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	% DE CUMPLIMIENTO
GESTIÓN FINANCIERA	51.57%
GESTION DE LA PARTICIPACION Y SATISFACCION DE LOS USUARIOS	78.29%
GESTIÓN DE PROCESOS.	79.91%
GESTION DEL DESARROLLO DE LAS PERSONAS.	57.56%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y SISTEMAS DE INFORMACION	59.05%
% CUMPLIMIENTO DEL PLAN AL AÑO 2023	68.64%

Se evidencia que el cumplimiento del plan de POA es aceptable en las líneas estratégicas 2 – 3, de una forma deficiente en las líneas 1 - 4 y 5.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”
Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia
Teléfono: 8446161- 844 7722
hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co
Nit. 890907297-3



Cuadro de la clasificación de las actividades por rangos del 2024.

RANGOS	TOTAL DE COMPROMISOS	% TOTAL DE COMPROMISOS
0	87	38.50%
1- 50	28	12.39%
51 - 80	18	7.96%
81 - 99	14	6.19%
100 o mas	79	34.96%
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:

2.1.3. Informe de Seguimiento al Plan Gerencial y Operativo.

- Con respecto al nuevo plan de desarrollo institucional 2.024 – 2.027 se puede evidenciar que se presentó a la Junta Directiva en el mes de septiembre de 2024, el cual fue aprobado mediante acuerdo Nro 012.
- El Plan Operativo Anual para la vigencia 2025 fue presentado para la aprobación por la Junta Directiva en el mes de septiembre de 2024 y fue aprobado con la resolución Nro 013.
- El Plan de Gestión Gerencial para el período 2.024 – 2.027 fue presentado a la Junta Directiva y aprobado mediante el Acuerdo No 07 de mayo de 2.024, la oficina de control interno recomienda que debe ser publicado y socializado con el comité directivo.
- El Plan de Gestión Gerencial de la vigencia 2023 fue presentado a la junta directiva del mes de abril de 2024, presentándose una primera calificación de 3.38 según el acuerdo Nro 004. Para el mes de mayo de 2024 se reunió la junta directiva realizó una segunda calificación según el Acuerdo Nro 005 arrojando un resultado de 3.78 satisfactorio.
- Los Planes Operativos Anuales POA, una vez se aprobó el Plan desarrollo institucional se debe elaborar el Plan Operativo para cada vigencia y se debe presentar a la junta directiva para su aprobación este fue presentado en el mes de noviembre de 2024 y aprobado con el acuerdo Nro.
- 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 las evidencias.
- No se está realizando 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. <ul style="list-style-type: none">• 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 2.024.• 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:

- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Adoptado Resolución No 033 enero 28 de 2.025.
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Adoptado Resolución No 043 enero 2.025
- Plan Estratégico de Talento Humano - PETH. Adoptado Resolución No 032 enero 28 de 2.025.
- Plan Anual de Vacantes. Adoptado Resolución No 042 enero 28 de 2.025.
- Plan Institucional de Capacitación - PIC. Adoptado Resolución No 028 enero 28 de 2.025.
- Plan Anual de Adquisiciones. Adoptado Resolución No 029 de enero 28 de 2.025.
- Plan de Gestión Documental – PDG. Adoptado Resolución No 031 enero 28 de 2.025.
- Plan de previsión del talento humano. Adoptado por la Resolución No 041 enero 28 de 2025
- Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 040 enero 2.025.
- Plan anual de auditorías internas. Adoptado Resolución No 034 de enero 28 de 2.025.
- Plan estratégico de la comunicación e información – PETI. Adoptado Resolución No 039 de enero 28 de 2.025
- Pla de Bienestar Social e Incentivos. Adoptado Resolución No 030 de enero 28 de 2.025
- Plan de Participación Social en Salud – PPSS Adoptado por Resolución No 038 de enero 2025
- Plan de Acción de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG No 035 de enero 28 de 2025
- Plan Operativo Anual – POA Adoptado por Resolución No 037 de enero 28 de 2025.

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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



Cuadro con las calificaciones de los Planes estratégicos de 2.024.

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	29	10%	21	21%	0	0%	50	56.0%
Mapa de riesgos Anticorrupción	50	17%	10	10%	0	0%	60	74.0%
Plan Anual de Adquisiciones	20	7%	0	0%	0	0%	20	60.0%
Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0.0%
Plan Estratégico de Talento Humano – PETH	36	12%	26	26%	0	0%	62	51.0%
Plan Anual de Vacantes	11	95%	1	1%	0	0%	12	95.0%
Plan Institucional de Capacitación – PIC	27	9%	14	14%	0	0%	41	57.3%
Plan de Bienestar social e Incentivos.	11	4%	1	1%	0	0%	12	87.0%
Plan de Gestión Documental – PDG.	35	12%	9	9%	0	0%	44	70.0%
Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR	11	4%	0	27%	0	0%	11	81.0%
Plan de comunicación e información PETI	18	6%	3	3%	0	0%	21	80.0%
Plan de la Política de Participación Social en Salud - PPSS	25	8%	1	15%	0	0%	26	94.0%
Plan Anual de Auditorías Internas	29	10%	15	15%	0	0%	44	66.0%

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 se presenta información y evidencias para realizar la evaluación en el 2024.
- 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 2024. 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- 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 2025 no ha sido entregado a la oficina de control interno la ejecución presupuestal a diciembre 31 de 2024.

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	NOMBRE DEL COMITÉ	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	COMISIÓN DE PERSONAL				10		19		14		9		4
2	COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	31			24			24			23		11
3	BIENESTAR SOCIAL					3		31	14	11		6	
4	ARCHIVOS		21	12		15				18		20	
5	COMPRAS	26	28	15	9	7	11	9	13	18	8	5	3
6	CONCILIACIÓN				17		12		14		16		
7	EMERGENCIAS					10		12		6			6
8	ÉTICA	30	29	22	25	23	20	25	22	19	24	21	19
9	FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA	25	20	21	25	29	26	30	28	25	30	27	11
10	GLOSAS			14	12		26		16	18	11		13
11	HISTORIAS CLÍNICAS	24	21	27	25	22	19	1	21	4/18	23	20	18
12	ROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		21	21	30	28	25	30	27	24	22	26	20
13	SOSTENIBILIDAD CONTABLE			14		15	26			18		13	
14	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - COVE	24	21	26	26	22	19	24	21	18	23	20	18
15	DIRECTIVO				24	29	26	24	28	25	30	27	26
16	INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	30	6		24	15	21		21		23	27	
17	PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		29	21	25	30	27	25	29	26	31	28	26
18	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO												
19	GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL					22		24		25		27	
20	GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD	30	28	19	30	15	26	31	27	18	30	27	18
21	CONVIVENCIA LABORAL				10	15	12	10	14	11	16	13	11
22	COMITÉ SEGURIDAD DEL PACIENTE	24			24	22	19	24	21	18	23	20	18
23	JUNTA DIRECTIVA												
TOTAL COMITÉS PROGRAMADOS EN 2024 SON 174		9	10	11	16	17	16	15	16	18	16	15	15
TOTAL COMITÉS REALIZADOS 4o TRIMESTRE SON 89		9	8	8	8	7	6	7	6	12	6	9	3
CUMPLIMIENTO AL 4o TRIMESTRE 2024 EL 66%													

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”
Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia
Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



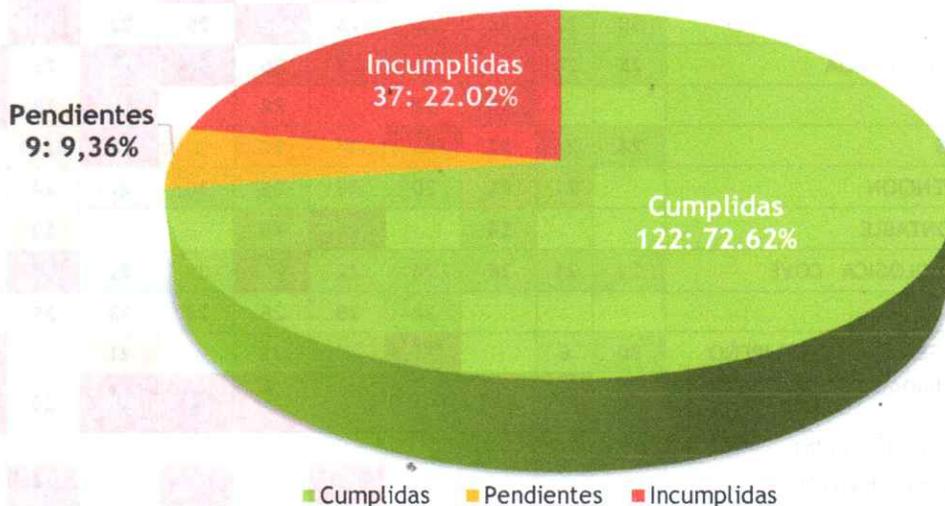
	No se realizó el comité
	Comité realizado en la fecha propuesta
	Comité realizado en otra fecha
	Comité extraordinario
	No se presentó el acta

2.1.5.1. Cuadro con el resultado de seguimiento a los Comités al 4o trimestre de 2.024.

Son 22 comités establecidos en el Hospital y solo se reunieron 15 que equivale al 68%. Presentando el siguiente resultado:

Actividades	Cantidad	% Cumplimiento
Cumplidas	122	72.62%
Pendientes	9	9.36%
Incumplidas	37	22,02%
TOTAL ACT.	168	100%

Gráfico de los Compromisos Establecidos en los Comités al 4o Trimestre de 2.024



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 ha venido realizando en el 2024.
- ❖ Se observan falencias de los diferentes secretarios de los comités para elaborar las actas y los planes de mejoramiento.
- ❖ Se nombró la Comisión de Personal pero no ha estado operando y no se tienen evidencias de reuniones.
- ❖ Algunos secretarios de los comités se demoran en la entrega de las copias de las actas a control interno para realizar su auditoría.
- ❖ Se recomienda que las actas sean colocadas en la carpeta de publica - control - interno actas y se coloquen en Word o que se permitan copiar.
- ❖ Ya se venció el plazo para elegir los miembros de los comités de convivencia laboral y del COPASST, se recomienda que se realice el proceso para su nombramiento.
- ❖ Se recomienda que en los primeros días de enero de 2025 se realice la programación para los comités del año antes mencionado.

2.2. Proceso de Contratación – CON.

Responsable:	Gerente de la Empresa Social del Estado.
Objetivo:	Realizar actividades administrativas orientadas a obtener y producir bienes, y servicios que la Empresa Social del Estado requiera para su funcionamiento, mediante la modalidad de contratación, respondiendo a los principios de transparencia, economía, responsabilidad, imparcialidad, celeridad, publicidad y eficacia.
Documentos:	Manual de contratación, Proceso de contratación, página web de SECOP y de la Contraloría General de Antioquia – SIA observa y carpetas con los documentos de los contratos.

Informe:

- Se elabora un cuadro en Excel donde se maneja la información de los contratos realizados durante el 4º trimestre del año 2.024 el cual presenta la siguiente información.

Se realizaron 94 contratos en el año 2024 por un valor total de \$ 1.462.146.201 millones de pesos. Discriminados así:

CANTIDAD	TIPO DE CONTRATO	VALOR (\$)	%
44	Prestación de servicios	\$ 620.683.786	42.4%
0	Compraventa	\$ 0	0.0%
2	Mantenimiento	\$ 36.408.000	2.5%
6	Suministros	\$ 343.000.000	23.5%
45	Termino definido	\$ 454.669.615	31.1%
0	Obra	\$ 0	0.0%
0	Interventoría	\$ 0	0.0%
2	Arrendamiento	\$ 7.384.800	0.5%
0	Consultoría	\$ 0	0.0%
99	GRAN TOTAL	\$ 1.462.146.201	100%

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



2.2.1. Hallazgos.

En más del 90% de la contratación realizada al año 2024 se presenta algún o algunos hallazgos los cuales se pueden evidenciar claramente en el cuadro anexo al informe de contratación. Los faltantes más repetitivos son los siguientes:

- 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
 - Los carnets con las vacunas y algunos RETHUS.
 - Falta planilla de Pago de los Parafiscales, salud pensión y otros.
 - Falta Hoja de vida y declaración de bienes actualizada del SIGEP.
 - Certificados de experiencia laboral.
 - Libreta militar.
 - Certificado médico laboral.
 - Faltan Firmas en algunos documentos de los contratos.
2. En la revisión a los contratos se evidencia que al año 2024 no se tiene las evaluaciones de los contratos de los supervisores. Se sigue presentando este hallazgo del año 2023.
 3. Faltan actas de liquidación en algunos de los contratos.
 4. En algunos 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.
 5. 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 2024 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 2024.
 6. Se evidencia con el soporte del SECOP el 100% de los Contratos los cuales fueron subidos a esta plataforma en los tiempos establecidos.
 7. Se pudo evidenciar que todos los contratos tenían el CD y el RP

2.2.2. 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 gestión transparente de la CGA con el fin de que sean subidos de forma oportuna. Esto mejor ostensiblemente en el 4º trimestre del 2024 como se puede observar en el cuadro anexo de contratos extemporáneos de CGA.
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.

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



5. Se recomienda que los supervisores de los contratos conozcan 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 Sección 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.
12. Es muy importante resaltar que con respecto mismo periodo del año pasado se presentó diferencia en el Número de contratos formalizados, para el año de 2.023 fueron 96 con un valor de \$ 2.047 millones y para el 2.024 son 99, con un valor de \$ 1.462 millones presentándose un aumento de 3 contratos y una disminución en valoren en el 2.024 de \$ 723 millones que equivale al 49%.

Nota: Se anexa el cuadro de revisión de la contratación del año 2.024.

Nota: No se realizó plan de mejoramiento para los hallazgos del 2024, pero la secretaria fue solucionando algunas inconsistencias y faltantes.

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 diagnóstico que se realizó a las fuentes de información que se manejan en el Hospital y al diagnóstico que arrojó 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



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 aprobados, adoptados, socializados e implementados los procedimientos y el mapa de riesgos del Proceso de Gestión de Información – GIF.

2.3.1.1. Conclusiones.

- 1) Se tiene en el Hospital en la red interna una carpeta denominada pública en la cual los funcionarios pueden subir información. Esta carpeta a partir del primer semestre de 2024 fue actualizada, depurada, controlada y reglamentada. Se dio cumplimiento de una forma parcial en lo que respecta a la depuración de la información. Se sigue presentando mucha información desactualizada y que no se usa.
- 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 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:

a. 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 índice de Transparencia Acceso a la información pública - ITA y la ley 1712 de 2014 www.hospitaldeconcordia@gmail.com. Se recomienda que todos los funcionarios deben pasar los documentos que se deben subir a la página para mantenerla actualizada. No se está realizando de forma periódica.

La Matriz de Cumplimiento está compuesto por 12 temas principales los cuales están divididos en 62 actividades que deben ser respondidas con una de estas 4 respuestas: Si – No – Pa y No Aplica. El cual arrojó los siguientes resultados.

La Evaluación tiene un total de 62 actividades a calificar divididos en 20 temas principales.

- Actividades que tuvieron un cumplimiento total son 18 que equivale al 29%
- Actividades que no se cumplieron son 20 que equivalen al 32%.
- Actividades que presentaron un cumplimiento parcial fueron 18 que equivale al 29%
- Actividades que no se tuvieron en cuenta o no aplican para el informe fueron 6 que equivalen al 10%

Estos datos nos dan un cumplimiento total del 58%

b. Se cuenta con unos Planes Estratégicos de:

- 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.



- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI: Adoptado Resolución No 039 de enero 28 de 2.024 y presento a Diciembre 31 de 2024 un cumplimiento del 80% y no fueron elaborados los planes Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información.
- Plan y Mapa Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan establecido por ley 1474 de 2.011 el cual está basado en 5 políticas principales. Adoptados Resolución No 033 enero 28 de 2.024 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 2.024 presentan la siguiente ejecución:

- ❖ Tienen algún porcentaje de cumplimiento un total de 29 actividades que equivale al 58%
 - ❖ No se han cumplido 21 actividades que equivalen al 42%.
- Con un cumplimiento total del plan 56%

- El mapa de Riesgos de Corrupción se compone de 60 actividades, Adoptado Resolución No 033 de enero 28 de 2.024 y presento a Diciembre 31 de 2024 presentan la siguiente ejecución:
 - ❖ Tienen algún porcentaje de cumplimiento un total de 50 actividades que equivale al 83%
 - ❖ No se han cumplido 10 actividades que equivalen al 17%.Con un cumplimiento total del 74%

c. 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.

- Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 040 enero 28 de 2.024. 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 2.024 presentan la siguiente ejecución:
 - ❖ Actividades con cumplimiento entre el son 11 actividades que equivale al 100%
 - ❖ Actividades a las cuales no se han ejecutado 0 de 11 que equivale al 0%Con un cumplimiento total del 81%
- Plan de Gestión Documental – PDG. Adoptado Resolución No 031 de enero 28 de 2.024. Este formato de evaluación y seguimiento consta de 6 etapas, 13 procedimientos y un total de 44 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.024 presentan la siguiente ejecución:
 - ❖ Actividades con cumplimiento son 35 actividades que equivale al 79.5%
 - ❖ Actividades a las cuales no se han ejecutado 9 de 44 que equivale al 20.5%Con un cumplimiento total del 70%.

2.3.1. Recomendaciones.

- 1) Se hace necesario que los jefes de cada área del Hospital le entreguen en formato PDF al responsable de subir y en especial la parte de contáctenos para el manejo de las PQRS la información, los documentos que deben ser montados a la página web institucional para dar cumplimiento con la norma de transparencia e información.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- 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 y en especial la parte de contáctenos para el manejo de las PQRS
- 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 y depurar la carpeta de publica.
- 4) Se hace necesario asignarle a un funcionario del Hospital las funciones de manejo de la página web institucional con el fin de fortalecerla y mantenerla actualizada.
- 5) Se debe asignar en el presupuesto de la próxima vigencia una partida presupuestal para implementar la dimensión de comunicación e información de MIPG.
- 6) Socializar Los Planes estratégicos en los diferentes grupos primarios para que realicen las correcciones, cambios y ajustes que sean necesarios.
- 7) Se le debe organizar un plan de mejoramiento para los puntos que se encuentran negativos o que no se están cumpliendo.
- 8) Proporcione los enlaces o URL donde estén ubicados los videos o elementos multimedia del sitio web, y donde se evidencie que estos tienen subtítulos, audio descripción (cuando no tienen audio original) y su respectivo guion de texto.
- 9) El Hospital como sujeto obligado deberá publicar su política de privacidad y tratamiento de datos personales, conforme las disposiciones de la Ley 1581 del 2012, y demás instrucciones o disposiciones relacionadas, o aquellas que las modifiquen, adicionen o deroguen
- 10) Los sujetos obligados deberán publicar su política de derechos de autor y/o autorización de uso de los datos y contenidos, en la cual, deberán incluir el alcance y limitaciones relacionados con el uso de datos, información, contenidos y códigos fuente producidos por los sujetos obligados
- 11) 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.
- 12) La sección de manejo de los tramites en el hospital deberá estar vinculada con el menú de trámites del Sistema Único de Trámites -SUIT-
- 13) Es muy importante que se dé la prelación en el diseño de la página en lo relacionado con el idioma y acceso a diferentes
- 14) El Hospital se le recomienda aplicar las medidas de seguridad digital y de la información referidas en anexo 3 de la presente Resolución 1519 de 2020.
- 15) Debe de mejorar las falencias en lenguaje y con los diferentes grupos de valor como personas con discapacidad, niños entre otros.
- 16) Comenzar con la elaboración de las TVD.
- 17) Realizar las jornadas de capacitación sobre los diferentes temas de la gestión documental.
- 18) Estandarizar los diferentes documentos en la entidad.
- 19) Continuar con la organización del fondo acumulado del hospital.
- 20) Socializar el proceso de Gestión de la información a los empleados.

2.3.2. Conclusión

La página web institucional se ha venido mejorando de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1519 de 2020 y sus anexos, se hace necesario que se establezca por parte de la Gerencia una persona encargada con el fin de mantenerla actualizada, subiendo la información una vez se genere por las diferentes dependencias del Hospital.

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.

Se debe comenzar con el procedimiento para el Manejo de los archivos electrónicos en el Hospital



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:	<p>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 2.024.</p> <p>a) Plan Anual de Vacantes. Este formato de evaluación y seguimiento. presenta los siguientes avances: Durante el año 2024 solo se tenía vacante el cargo de psicóloga y se suprimió el cargo de Subgerente de atención al usuario. De acuerdo con lo anterior se dio un cumplimiento del 95% del plan de vacantes para el 2024</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ En la planta de cargos del área administrativa se creó el cargo de Técnico en sistemas el cual estaba por contrato de término indefinido.➤ También se tienen 3 cargos en provisionalidad el de secretaria y 2 auxiliares administrativos➤ Se tienen dos cargos en pre pensionados una Auxiliar Administrativa y Control interno➤ Se nombraron 2 médicos en la planta de cargos en periodo fijo y se dejaron 6 médicos en SSO➤ Se nombraron en provisionalidad el técnico de rayos X y el técnico de vacunación.➤ Se tienen 2 Cargos de Médico general en provisionalidad estos cargos se pusieron a concurso.➤ Se eliminaron los cargos de Subgerente de atención al Usuario y el de psicólogo.➤ Se tienen 4 cargos de Auxiliares de Enfermería. Las cuales fueron reemplazadas por dos Auxiliares en provisionalidad y dos 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 eliminado el cargo de una Auxiliar de la salud de odontología <p>c) Plan Estratégico de Talento Humano – PETH: Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 038 de enero 28 de 2024, cuenta de 4 etapas, 17 categorías y un total de 62 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.024 presentan la siguiente ejecución:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Actividades con algún cumplimiento son 36 actividades que equivale al 58%❖ Actividades a las cuales no se han ejecutado 26 de 62 que equivale al 42% <p>Con un cumplimiento total del 51%.</p> <p>d) Plan Institucional de Capacitación – PIC: Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 028 de enero 28 de 2024 cuenta con 41 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.023.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Actividades con algún cumplimiento son 27 actividades que equivale al 66%❖ Actividades a las cuales no se han ejecutado 14 de 41 que equivale al 34% <p>Con un cumplimiento total del 57%.</p>

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- e) **Plan de Incentivos Institucionales y Bienestar social:** Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 030 de enero 28 de 2024 cuenta con 12 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.024.
- ❖ Actividades con algún cumplimiento son 11 actividades que equivale al 92%
 - ❖ Actividades a las cuales no se han ejecutado 1 de 12 que equivale al 8.0%
- Con un cumplimiento total del 87%.
- 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 043 de enero de 2024 se presentó un plan inicial, el cual fue cambiado en marzo del 2024 pero nunca fue presentado por la líder del sistema y además no se pudo realizar auditorías internas pues no se tenían evidencia, ni documentos físicos
- ❖ Actividades con cumplimiento son 0 actividades que equivale al 0%
 - ❖ Actividades a las cuales no se han ejecutado 0 que equivale al 0%
- Con un cumplimiento total del 0%.

En el mes de diciembre de 2.024 la líder del SG-SST realizó la evaluación del SG-SST sin contar con la alta dirección, no se realizó la auditoria por personal externo y mucho menos la de control interno.

La Líder del Sistema entrega el documento de evaluación de los estándares del sistema con una calificación del 96% pero sin las firmas de la gerencia el cual se considera muy bueno. Además, se presentó el plan de mejoramiento el cual hay algunas inconsistencias. Estaba pendiente de subir al ministerio del trabajo el resultado con los estándares mínimos.

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. En muchos funcionarios les falta el certificado de medidas correctivas y el REDAM.
 - b. Faltan certificado del curso de seguridad del paciente en todos los funcionarios del hospital.
 - c. Los funcionarios que pertenecen al COPASST no tiene actualizado el curso de la Gestión del Sistema de Salud y Seguridad en el trabajo.
 - d. 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.
 - e. Se presentan algunos documentos importantes que no son legibles o están muy borrosos.
 - f. Muchos funcionarios presentan vacaciones pendientes
 - g. Muchas hojas de vida y declaración de bienes fueron presentadas de forma extemporánea y en algunos casos no se presentó.
 - h. Falta los certificados de los cursos de MIPG, el de Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.
 - i. Faltan liquidaciones de contratos a término fijo de funcionarios.
 - j. Faltan el formato de Inducción en contratistas a término definido.
 - k. Se presentan deficiencias en las evaluaciones de los funcionarios de carrera
 - l. Se encontraron las carpetas organizadas y foliadas de las historias laborales que facilitan la revisión.
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) Se tiene un listado de 60 funcionarios incluyendo 8 médicos del servicio social obligatorio y se pudo evidenciar que no fueron entregadas al 31 de julio de 2024 las hojas de vida y declaración de bienes de 10 funcionarios lo que representa un porcentaje del 16% es cual es muy bajo..
 - c) De 6 contratos a término fijo se evidencia que 2 contratistas entregaron la hoja de vida y declaración de bienes una el enero y otra en marzo lo que equivale al 33% es cual es muy bajo
 - d) Se revisaron 14 contratos de prestación de servicios y no se encontraron o se encontraron con inconsistencias 5 hojas de vida lo que representa el 38%.
4. Informe del Clima laboral: No se realizó en el 2024 se debe realizar en el 2025.
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 2.024 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 2024 y/o en los primeros días del mes de enero de 2.025, adoptarlos mediante resolución y publicarlos.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) Realizar los planes de mejoramiento del seguimiento a los planes de estratégicos de talento humano y presentarlos a control interno.
- 5) Se recomienda que para el plan de capacitación se tengan en cuenta las capacitaciones que se programaron en los diferentes planes estratégicos.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) En la actualidad se presentan novedades de personal de carrera, las cuales deben ser notificados a la CNSC.
- 9) 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.
- 10) Que se revise antes de ingresar un documento a la Historia laboral este firmado por las personas interesadas.
- 11) 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.
- 12) Mirar que los documentos que son entregados por los funcionarios sean legibles, no estén borrosos y en mal estado
- 13) 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- 14) 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.
- 15) Gestionar la realización de la batería de riesgo psicosocial cumpliendo con la resolución 2646 de 2008.
- 16) Realización del plan de trabajo y presupuesto del SG-SST para el año 2025, 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 2024.
- 17) Presentar al comité de control interno los informes sobre el ausentismo y demás situaciones administrativas.
- 18) Se recomienda que los miembros de la comisión de personal deben realizar sus funciones ya que el 2024 no se observa ninguna actividad de la comisión
- 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 bienes de consumo, 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 30 de diciembre de 2024 con un total de 305 medicamentos y con un costo total de \$ 76.678.454 millones de pesos:

Después de realizados los dos conteos quedaron 71 medicamentos que presentaron diferencias, tanto negativas como positivas esto equivale a un 23% del total de los medicamentos. Los medicamentos que presentaron sobrantes fueron 47 con un costo total de \$ 646.067 y los medicamentos que presentaron faltantes fueron 24 por un costo total de -\$ 1.124.488. Presentándose una diferencia -\$ 478.421. Ver cuadro anexo con los ajustes

- a. 103104438 Lamivudina + zidovudina 150mg/300 M: Esta mal creado en el inventario se recomienda retirarlo.
- b. 103107101 Alfa metil dopa 500 mg tableta Se encontró este medicamento vencido, pero no había sido retirado.

- 2) **Con respecto al Material Médico Quirúrgico:** Se imprimió un listado con corte al 30 de diciembre de 2024 con un total de 196 referencias de material médico quirúrgico y con un costo total de \$ 136.337.964 millones de pesos:

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



Después de realizados los dos conteos quedaron 28 ítems de material médico quirúrgico que presentaron diferencias, tanto negativas como positivas esto equivale a un 14% del total del material médico quirúrgico. El material médico quirúrgico que presentaron sobrantes fueron 14 con un costo total de \$ 146.652 y el material médico quirúrgico que presentaron faltantes fueron 13 por un costo total de -\$ 132.662. Presentándose una diferencia \$ 13.990. 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 2.024.
 - 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.
 - Se presentan material médico quirúrgico que llevan varios años y no presenta movimientos. Se recomienda que se revisen para dar de baja o mirar que se puede hacer ya que están incrementando los inventarios
- | | |
|-----------|--------------------------------------|
| 103420146 | Boquillas en cartón para espirómetro |
| 103430141 | Mascarilla de alta eficiencia |
| 103430146 | Gorro desechable tipo oruga |
| 103430147 | Careta de bioseguridad |
| 103430148 | Bata paciente desechable manga larga |
| 103430150 | Polainas sencillas |
| 103430156 | Mascarilla N95 |
- No se utilizan hace mucho tiempo por lo tanto se recomienda que sean retirados del inventario definitivo

2.5.2. Con respecto a los Bienes de Consumo: Se tiene un listado con corte al 27 de diciembre de 2.024. El cual está clasificado en 5 grupos así: Equipos, Útiles de oficina, Aseo y cafetería, Mantenimiento y Ropería, revisando un total de 242 referencias y con un valor total de \$ 92.885.993 discriminados de la siguiente forma y los cuales presentaron la siguiente inconsistencia así:

- Inventario de Aseo y Cafetería:** Se tiene un inventario de 52 elementos que suman un total de \$ 5.780.811 la cual presentó inconsistencias en 1 elementos que equivale el 1.8% y sumo un valor de \$ 40.000 En el siguiente rubro:
- 113204224: Vaso desechable de 9 onzas en el listado aparece 3 unidad y en el segundo conteo físico es 1. Para 2 unidad faltante. Con un costo \$ 5.800 negativo. La cual se deben salir del inventario.
- Papelería: Se tiene un inventario de 117 elementos que suman un total de \$ 8.509.835, la cual no presentó inconsistencias.
- Ropería: Se tiene un inventario de 14 elementos que suman un total de \$ 46.321.666, la cual no presentó inconsistencias.



- e. Mantenimiento: Se tiene un inventario de 35 elementos que suman un total de \$ 12.807.720, la cual no presentó inconsistencias.
- f. Equipos: Se tiene un inventario de 24 elementos que suman un total de \$ 19.465.961, la cual no presentó inconsistencias.

1. Recomendaciones

- c. Realizar los ajustes antes mencionados y volver a tirar el listado de inventario con corte al 27 de diciembre de 2024.
- d. Se viene organizando los nombres de los elementos del inventario, esta tarea se recomienda que se debe continuar.
- e. Se encontró en varias partes del hospital artículos.
- f. Se recomienda que se esté ajustando el Plan de Compras en el SECOP.
- g. 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.
- h. El comité de control interno se encargará de realizar el seguimiento a dicho plan de mejoramiento.
- i. Se encontraron elementos vencidos como bata quirúrgica y manga larga antifluído.
- j. Se tienen varios elementos los cuales no muestran movimiento en un tiempo muy extenso.
- k. Se tienen unos formatos de hojas que no se están moviendo.

2.5.3. 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 el cual sirvió para realizar el seguimiento. Dicha evaluación presentó los siguientes resultados. Los cuales se han venido saneando por parte de la Auxiliar Administrativa de Almacén

- 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- 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

2.5.3.1. 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 oxígeno 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

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



2.5.4. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros – GBS, Fue actualizado en el 2022 y en el año 2023 fue aprobado por junta directiva y adopción.

2.5.4.1. 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.

2.5.5. Plan Anual de Adquisiciones: Adoptado Resolución No 029 enero 28 de 2.024. El seguimiento se realiza mediante la evaluación de la ejecución presupuestal con corte a diciembre de 2.024 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 2.024 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 2024.

- Actividades con un cumplimiento entre el rango de 51 al 100 % se tienen 20 que equivale al 100%
 - Actividades cumplidas entre 1 y el 50% no hay actividades que equivalen al 0,0%.
 - Actividades a las cuales no se han ejecutado al 4o trimestre de 2024 no hay que equivale al 0,0%
- El cumplimiento total del plan de adquisiciones al 31 de diciembre de 2024 fue de 60%

2.5.5.1. Recomendaciones.

- 1) Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan anual de adquisiciones del 2.025 de acuerdo con el nuevo plan operativo anual para la vigencia 2025 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 2025 antes del 31 de enero de 2025 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 2.0 del plan de mantenimiento el 26 de enero de 2025 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

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



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 \$ 6.092.697.790.

El valor total del 5% de los ingresos equivale a \$ 304.634.890 pero en el presupuesto inicial se presupuestaron valores por \$ 240.500.000 presentando se una diferencia de \$ 64.134.890. Presentándose la siguiente información

2.1.2.02.01.003.301 Mantenimiento Repuestos, dotación y Accesorios de vehículos El presupuesto inicial fue de \$ 43.500.000 y tuvo adiciones por valor de \$ 69.572.780 y adiciones de \$ 17.000.000 y una ejecución definitiva de pagos de \$ 61.063.403. Cumplimiento del 47% según pagos.

2.1.2.02.01.004 Paquetes de Software con un presupuesto inicial de \$ 54.000.000 y tuvo adiciones por valor de \$ 1.000.000 y adiciones por \$ 3.303.243. y una ejecución definitiva de pagos de \$ 22.651.128 Cumplimiento del 39% según pagos.

2.1.2.02.02.005 Mantenimiento planta física con un valor inicial de \$ 100.000.000 No presento ni adiciones, traslados ni reducciones. y una ejecución definitiva de pagos de \$ 1.053.608. Cumplimiento del 1% según pagos

2.1.2.02.02.008.05 Mantenimiento Servicio de Metrología y Calibración de equipos con un valor inicial \$ 43.000.000. No presento ni adiciones, traslados ni reducciones. y una ejecución definitiva de pagos de \$ 12.248.843. Cumplimiento del 28.5% según pagos

Como se puede observar de un saldo inicial de \$ 304.634.890 se ejecutaron según pagos un valor de \$ 97.016.982 que equivale al 32% el cual es muy bajo.

El gerente del Hospital certificó que para vigencia comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2025 se asignaron los recursos establecidos por norma del 5% del total de los ingresos de un valor de \$ 7.699.285.644, para una asignación en el 2025 de \$ 384.964.282.

2.6.1. Recomendaciones:

- 1) Recordar a la Subgerencia Administrativa que debe asignar una partida presupuestal para el 2.025 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 2.025 de acuerdo con el nuevo presupuesto y enviarlo a la seccional de 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, actas de comités, Hojas de vida, contratos, formatos, planes, guías, instructivos y planes de mejoramiento

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



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. Este manual fue actualizado en el 2021, y en junio de 2023 fue presentado a la Junta Directiva para su aprobación mediante acuerdo Nro 009 de 27 de junio de 2023..

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 034 de enero 28 del 2.024.

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.

Nro	Nombre del Proceso y/o Actividad	MESES DEL AÑO 2024												Cumplimiento	
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Unid	%
1	Contratación	x	x		x			x			x		x	6	83%
2	Direccionamiento Estratégico	x			x			x			x			4	100%
3	Organización Jurídica			x										1	0%
4	Gestión de Bienes y Suministros						x						x	2	100%
5	Gestión del Talento Humano			x			x			x				3	33%
6	Gestión Financiera		x		x			x			x			4	100%
7	Gestión de Transparencia e Información								x		x			2	100%
8	Servicio Farmacéutico						x						x	2	100%
9	Mantenimiento Hospitalario					x								1	0%
10	Servicios Generales											x		1	0%
11	Plan de Gestión de Residuos PGRASA								x					1	0%
12	Sistema de Gestión de la Salud SG-SST	x						x					x	3	33%
13	Arqueos de Caja Menor			x		x			x			x		4	75%
14	Programa para Auditorías de Mejora Calidad									x				1	0%
15	Riesgos por Procesos					x								1	0%
16	Modelo integrado de Planeación y gestión MIPG	x				x				x				3	100%
17	Planes de mejoramiento				x		x		x		x		x	5	20%
TOTAL DE AUDITORIAS PROGRAMADAS MES DEL 2024.		4	2	3	4	4	4	4	4	3	5	2	5	44	100%
TOTAL DE AUDITORIAS EFECTUADAS MES DEL 2024.		4	2	0	4	2	2	3	2	2	5	1	2	29	66%
TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS A LOS PROCESOS EN EL 2024 FUE DEL 66%															

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 2.025 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 65.9% del año 2023.
- ❖ 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 2.024. 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.

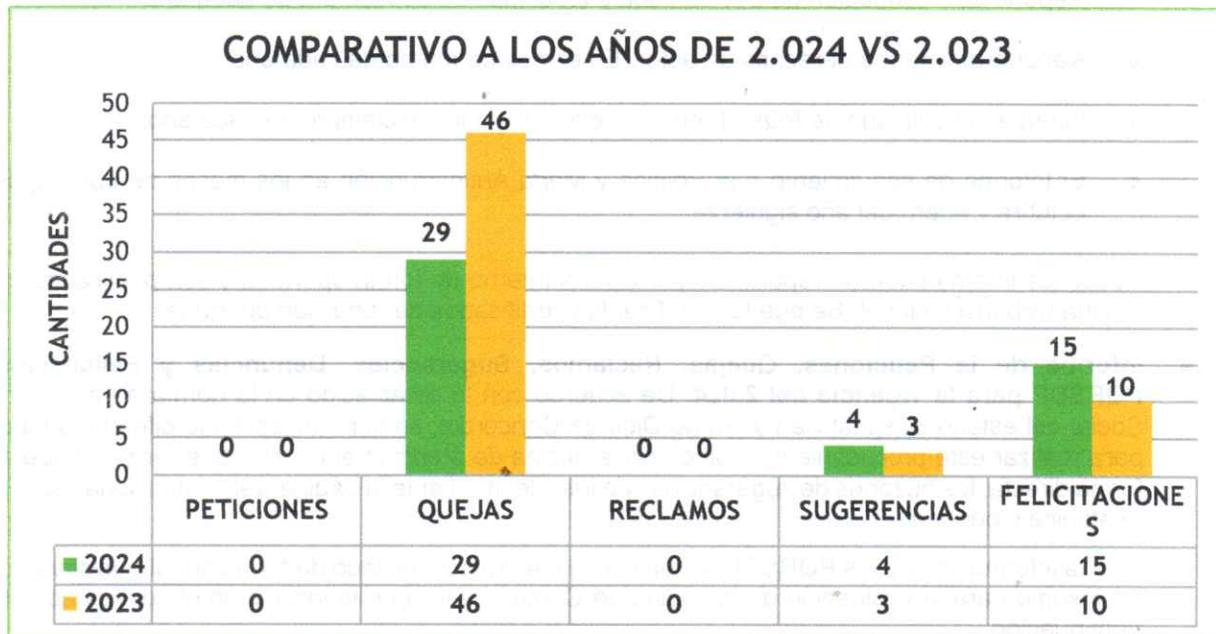
Con la información de las PQRSDF se realiza un cuadro consolidado de forma anual que sirve como un insumo para la evaluación de la oficina de Control interno en la institución el cual se adjunta a continuación:



Cuadro No 5. Resultado de las PQRSDf recibidas por servicios en el año 2.024.

Actividad o dependencia	Total					Total
	P	Q	R	S	F	
De Admisiones		3		1		4
Del servicio de urgencias		6			2	8
De Hospitalización					3	3
De la consulta medica		3			5	8
De Farmacia		12		3	1	16
De Odontología		4			1	5
De Rayos X						0
De acciones de P y P					1	1
Dè Laboratorio						0
De Servicios Generales		1			1	2
De área Administrativa					1	1
Otras: Archivo Clínico						0
Felicitaciones					15	0
GRAN TOTAL 2.024	-	29	-	4	15	48
PORCENTAJE % EN 2.024	0.0%	61%	0.0%	8.0%	31%	100%

COMPARATIVO DE LAS PQRSF DE LOS AÑOS 2.024 vs 2.023.



"MAS Y MEJORES SERVICIOS"

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



2.7.4.1. Motivos más frecuentes para las PQRS.

En Farmacia: Estas son las quejas y sugerencias más frecuentes en el servicio:

- Se sugiere tener más personal para la atención en la farmacia.
- Se sugiere que se cambie el procedimiento de entrega de fichos, con el fin de que sea más ágil.
- No se entregan todos los medicamentos en las formulas, porque no los había.
- Muy demorados para la entrega del medicamento.
- Mal trato por parte de las funcionarias.
- Se sugiere que las funcionarias mejoren la atención a los usuarios.
- Las canecas del servicio tenían un olor desagradable.

En Urgencias: Estas son las quejas más frecuentes:

- Muy demorada la atención en urgencias cuando ingresan al TRIAJE, mejorar la oportunidad en la atención.
- El médico de urgencias no acertó con el diagnóstico adecuado.
- Mala atención por parte de un médico en el servicio.

En Admisiones: Estas son las quejas más frecuentes:

- No contestan el teléfono o se demora mucho y cuando se piden personalmente ya no hay.
- Inconformidad de una usuaria en el cobro de una radiografía.

En Consulta Externa: Estas son las quejas y sugerencias más frecuentes

- Usuario inconforme con la atención que le brindaron en el control de la presión, manifiesta que no lo reviso bien y lo atendió en 5 minutos.
- Mucha demora en la atención médica.
- Una atención deshumanizada y de mala calidad por parte de un médico en la consulta

En odontología: Estas son las quejas más frecuentes:

- Una usuaria no fue atendida en el servicio de Odontología por el no pago de la Nueva EPS al hospital.
- Dificultad para conseguir citas de manera telefónica.
- Equipos y sillas en mal estado

2.7.4.2. Resultado de los servicios prestados del año 2.024.

Durante el año 2.024, se realizaron un total de 74.446 atenciones a los usuarios en los diferentes servicios que ofrece el hospital. A continuación, presentamos el resultado arrojado en el año 2.024 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	11.428	10%
Odontología	2.168	2%
Urgencias	5.538	5%
Laboratorio	35.200	32%
Rayos X	2.909	3%
Farmacia	45.509	41%
Hospitalización	84	0%
P y P	7.365	7%

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



2.7.4.3. Resultado de las encuestas de satisfacción del año 2.024

Para el año 2.024 se realizaron en el hospital 1.884 encuestas de satisfacción las cuales arrojaron el siguiente resultado

Nombre del Servicio	Nro Actividades realizadas	Porcentaje %
CONSULTA MEDICA	218	12%
URGENCIAS	288	15%
HOSPITALIZACIÓN	98	5%
LABORATORIO	297	16%
ODONTOLOGÍA	198	11%
RAYOS X	15	1%
FARMACIA	79	4%
ACCIONES DE PY P	225	12%
PARTOS	20	1%
OTRAS AYUDAS ELECTROS	291	15%
SALUD ORAL	155	8%

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
- 8) Fortalecer entre los líderes de los diferentes procesos misionales el llenar los diferentes números de encuestas que le son asignadas por proceso
- 9) Como está diseñada la encuesta no se puede determinar en qué servicio se presentan encuestas insatisfactorias. Mirar si se puede ajustar.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



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 arrojó 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 2024.

Nombre de la Política	Cumplidas	No Cumpli	No vencidas	Total Activ.	% cumplimiento
Estratégica del Talento Humano.	46	27	3	76	60,5%
Integridad	1	2	2	5	20,0%
Planeación institucional	14	1	3	18	77,8%
Gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público.	8	1	2	11	72,7%
Compras y contratación	5	0	1	6	83,3%
Gestión del plan anticorrupción.	6	7	1	14	42,9%
Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	3	0	2	5	60,0%
Gobierno digital	5	6	0	11	45,5%
Seguridad digital	8	9	3	20	40,0%
Defensa jurídica	3	6	10	19	15,8%
Servicio al ciudadano	10	2	2	14	71,4%
Gestión de trámites	1	11	3	15	6,7%
Gestión de la rendición de cuentas.	2	11	0	13	15,4%
Relación con el ciudadano	12	1	1	14	85,7%
Evaluación del desempeño institucional	11	3	0	14	78,6%
Gestión documental	14	2	13	29	48,3%
Gestión de la información estadística	4	1	3	8	50,0%
Gestión del conocimiento y la innovación	1	9	3	13	7,7%
Control interno.	18	9	1	28	64,3%
TOTAL	172	108	53	333	51,7%

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

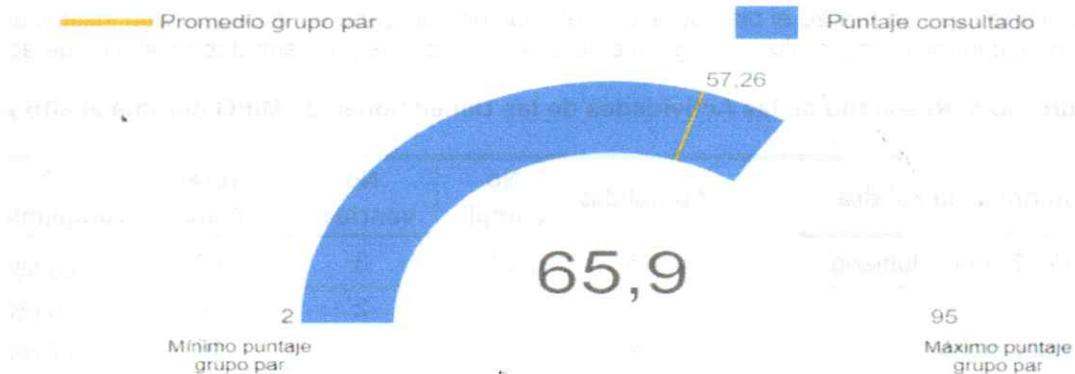
Nit. 890907297-3



Resultados del FURAG II (Índice de Desempeño Institucional) vigencia 2023

I. Resultados Generales

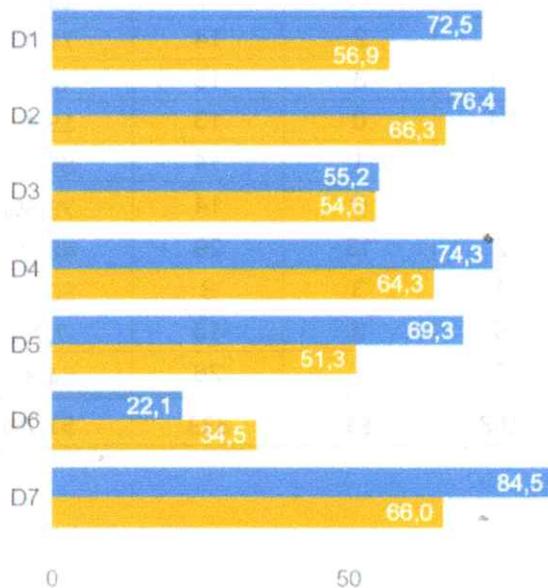
Índice de Desempeño Institucional



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.

Índices de las Dimensiones de Gestión y Desempeño

● Puntaje Consultado ● Promedio de Referencia



Dimensión	Puntaje Consultado
D1: Talento humano	72,5
D2: Direccionamiento estratégico y planeación	76,4
D3: Gestión para resultados con valores	55,2
D4: Evaluación de resultados	74,3
D5: Información y comunicación	69,3
D6: Gestión del conocimiento	22,1
D7: Control interno	84,5

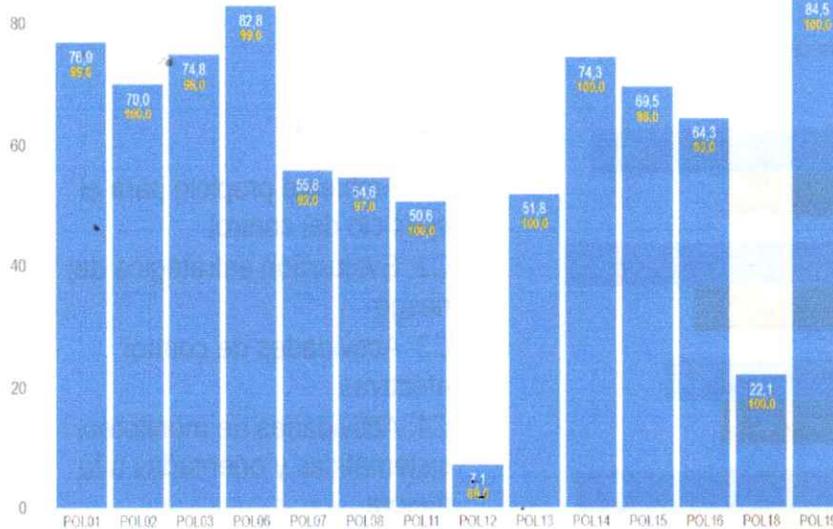
"MAS Y MEJORES SERVICIOS"
Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia
Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



Políticas

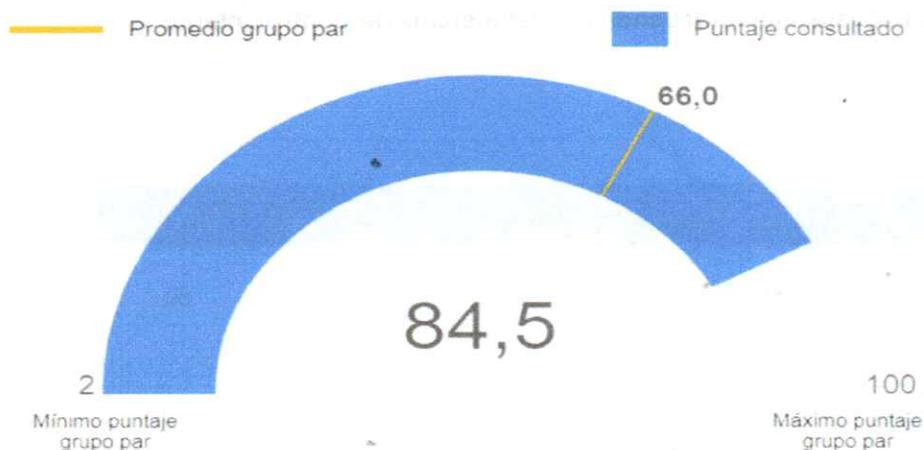
- ▲ POL01: Gestión estratégica del talento humano
- POL02: Integridad
- POL03: Planeación institucional
- POL06: Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
- POL07: Gobierno digital
- POL08: Seguridad digital
- POL11: Servicio al ciudadano
- POL12: Racionalización de trámites
- POL13: 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 etiqueta de valores en amarillo, en cada columna, indica el valor máximo obtenido en la política específica consultada.

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.

I. Resultados Generales

Índice de Control Interno



Nota: 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

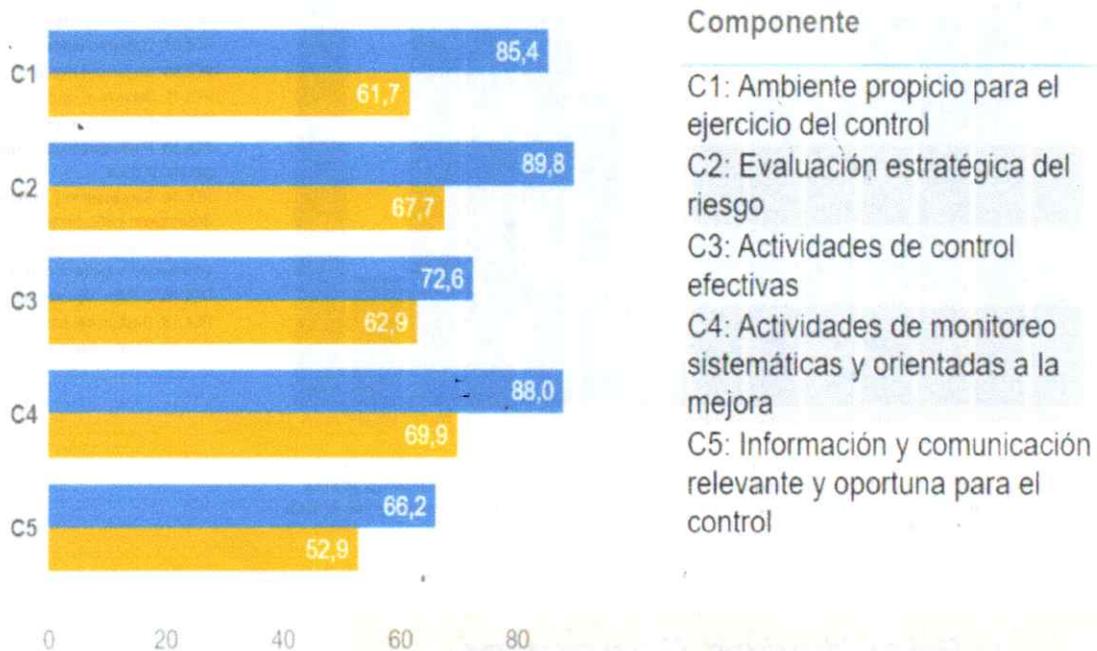
hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



Índices de Desempeño de los Componentes del MECI

● Puntaje Consultado ● Valor medio de referencia



Resultado de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno



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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



2.7.5.1. Recomendaciones.

- Realizar las actualizaciones de los Diagnósticos de las Políticas de MIPG y convalidarlos con el nuevo plan de Desarrollo Institucional 2024 - 2027 Más y Mejores Servicios.
- 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.
- 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 riesgo 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



2.7.6. Los Indicadores de calidad: Estos son tenidos en cuenta para la evaluación de las diferentes dependencias durante la vigencia del 2.024 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 2.024:

- ❖ 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. Conclusiones:

- Es de anotar que la ejecución presupuestal fue entregada por la sugerencia administrativa a control interno el 20 de febrero del 2025, lo cual retarda el cumplimiento del plan de auditorías a los procesos presentado por esta oficina.
- En el presupuesto de Ingresos que pasa la subgerencia administrativa con corte al 31 de diciembre de 2024, en el rubro presupuestal 110205001090202. Régimen Contributivo presenta un valor según reconocimientos de \$ 2.482.538.237 el cual está conformado por los rubros 11020500109020201 Régimen contributivo - Cápitado vig act. por un valor de \$ 294.433.099 y el rubro 11020500109020201 Régimen Contributivo - no Capitado vig act por un valor de \$ 2.186.066.454 los cuales suman un valor de \$ 2.480.499.553, frente a lo que se tienen en el presupuesto hay faltante de \$ 2.038.644. Este valor se viene presentándose desde junio
- Se tiene un presupuesto definitivo de Ingresos de \$ 9.447.7 millones frente un presupuesto definitivo de egresos por un valor de \$ 9.457.2 presentándose un desequilibrio por un valor de \$ 99.445.391 estas ejecuciones presupuestales fueron pasadas por contabilidad y también difiere con lo reportado en el SIHO
- Al corte de diciembre 31 de 2.024 se presenta unas CxP distribuidas en 142 clientes con un saldo de \$ 1.372 millones: En este valor no está incluido el pago de las estampillas que se adeudan al departamento y al municipio.
- De estas CxP a diciembre 31 de 2.024 de un total \$ 1.372 millones, se tienen 49 clientes que tienen CxP con un saldo superior de \$ 5 millones la cual suma en su totalidad \$ 1.251 millones que representa el 91.1%. Es muy importante tratar de realizar el pago de estas cuentas
- 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



2.7.5.1. Recomendaciones.

- Realizar las actualizaciones de los Diagnósticos de las Políticas de MIPG y convalidarlos con el nuevo plan de Desarrollo Institucional 2024 - 2027 Más y Mejores Servicios.
- 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.
- 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 riesgo 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.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- Hay 8 clientes a los cuales se les adeuda un valor mayor de \$ 20 millones, los cuales suman unas CxP en total \$ 826 millones de un total \$ 1.372 millones que representa el 60.2%. Pero de estos 8 clientes se tienen 2 clientes que son el Hospital (a funcionarios por primas) con un valor de \$ 454 que representa el 33.1% y Cohan con \$ 207 Millones que representa el 15.0% del total de las CxP a diciembre 31 de 2024 que fueron \$ 1.372 millones.
- El mayor porcentaje de las CxP a diciembre 31 del 2.024 está en los rangos de 1 - 30 días con un saldo promedio junio de \$ 783.5 millones que representa el 57%, de más de más de 360 días con un saldo promedio del semestre de \$ 332.5 millones que es el 24% y lo que equivalen entre los dos al 81% del promedio total de las cuentas por pagar a diciembre 31 de \$ 1.372 millones.
- En las CxP con corte a diciembre 31 tenemos 36 exfuncionarios a los cuales se les adeudan su liquidación u otros pagos por un valor total de \$ 182. millones que equivale con respecto al total en un 13.2% y 25 contratistas de prestación de servicios con un saldo \$ 97 millones. Pero lo más delicado es que se tienen 29 exfuncionarios que tienen unas CxP por valor de \$ 143 millones 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 14 Hospitales del Dpto que suman \$ 34.5 millones, es muy importante mirar si estos también nos deben a nosotros para mirar la posibilidad de un cruce de pagos y/o tomar otras medidas o si están demasiados vencidos realizar un estudio en el comité de sostenibilidad contable.
- Se evidencia que al proveedor de medicamentos COHAN se le tienen CxP por un valor de \$ 207 millones que representa el 15% del total de las CxP siendo el segundo cliente con el que se tienen una mayor deuda a diciembre 31 de 2024.
- Del valor total de la cartera a diciembre 31 de 2.024 por \$ 3.539.9 millones repartida en 105 clientes, se puede observar que hay 23 clientes con un saldo mayor a \$ 20 millones, presentan unas CxC de \$ 3.230 millones que equivale al 91.2% del total. De acuerdo con lo antes expuesto se deben de establecer las medidas para realizar un cobro efectivo de estos 23 deudores lo cual tendría un impacto demasiado significativo en el saldo total de cartera.
- Estos 23 clientes son los que presentan una cartera de mayor valor por \$ 3.239.6 millones de un total de \$ 3.540 millones descontados los anticipos. Estos clientes representan el 91.5% y se debe centrar el cobro en ellos. Pero sin descuidar los demás morosos.
- La mayor cartera vencida en diciembre 31 de 2.024 se encuentra en los rangos de 0 – 30 con \$ 971 que equivale al 28%; 181 - 360 días con \$ 829 que equivale al 24% y más de 720 con 1.140 millones. millones con porcentaje de 33%. del total de la cartera. Es un valor muy alto y se requiere que se tomen medidas efectivas por parte de la alta dirección para la recuperación de esta cartera de difícil recaudo
- 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 \$ 22 millones y Caprecom \$ 6.3.
- 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.
- Es muy importante que la alta dirección del Hospital tome medidas urgentes para fortalecer el cobro de la cartera y en especial de estos 23 clientes.
- 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.
- Se evidencia un aumento en el promedio del año de 2.024 con respecto al mismo periodo de 2.023 de \$ 2.399.235.408 que representa el 45%. esto se puede observar en el cuadro anterior.
- La facturación de otros está representada en los desembolsos que hace el municipio y el departamento de los programas Plan de intervenciones colectivas, salud pública.
- Se puede observar que las glosas están siendo respondidas por el personal del Hospital de acuerdo con la norma.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- En el mes de diciembre de 2.024. se presentaron 22 glosas por un valor de \$ 9.839.068 de una facturación por valor de \$ 15.081.442 millones y después de realizados los procedimientos en el Hospital se aceptaron glosas por valor de \$ 77.000 y no se presentaron glosas con daño patrimonial.
- Revisando los Boletines de Bancos y las Conciliaciones al cuarto trimestre del 2024 se evidencia que se tienen 10 cuentas bancarias discriminadas así 3 cuentas de Davivienda, 6 cuentas de Bancolombia y una de la CFA que presentan un saldo en bancos de \$ \$ 230.378.763.65 millones a diciembre 31 de 2024.
- Se pudo observar que se encontraban conciliadas las diferentes cuentas bancarias de los meses del 4º trimestre de 2024, donde durante el trimestre no se tuvo movimientos en las cuentas de la CFA 7906 con un saldo de \$ 125.865; de DAVIENDA ctas 8841 con un saldo de \$ 4.497.50, y de BANCOLOMBIA ctas 0886 con saldo de \$ 537.35, la 7249 con \$ 0.50 y la 8347 con un saldo de \$ 2.000.96
- Se puede evidenciar que se están elaborando el boletín diario de caja el cual presentó el siguiente saldo al inicio del 4º trimestre octubre 1 de 2024 de un valor de \$ 28.718.656.13 y un saldo final al 31 de diciembre de 2024 por valor de \$ 230.378.763.65 millones
- Se pudo evidenciar que la Cta Corriente No 33345685772 de Bancolombia de ingresos propios. Presentaba el primer cheque girado con el No JW063801 por un valor de \$ 1.052.000 girado el 9 de enero de 2.019 esta chequera fue agotada total con el cheque No JW063900. No se evidencia que falten cheques.
- Se adquirió una nueva chequera de la Cta Corriente No 33345685772 de Bancolombia de ingresos propios. La cual comienza con el cheque Nro KR343401 y va KR343500 y se ha girado 24 cheques el último fue el KR343424 el 30 de diciembre de 2024 por \$ 275.000 No se evidencia que falten cheques.
- Se pudo observar que se encontraban conciliadas las diferentes cuentas bancarias de los meses del último trimestre de 2024 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.

- ▲ Con la información antes relacionada se puede evidenciar la forma como se están realizando, las conciliaciones, los boletines de caja, las deudas y las cuentas por cobrar, la facturación y las glosas por los funcionarios del área financiera del hospital, dejando ver que se realizan de acuerdo con la normatividad vigente, en una forma veraz, pero los cierres se presentaron muchas demoras.
- ▲ Se hace necesario fortalecer la gestión de cobro de cartera ya que en los informes de cartera presentados por la Auxiliar Administrativa presenta una cartera mayor de 720 días por un Valor de \$ 1.119.669.428 millones a septiembre 30 de 2024. Es una cartera muy alta a la cual se recomienda que se realice un proceso de cobro coactivo y jurídico si es del caso. Se hace necesario que se tomen decisiones con respecto a unas cuentas de difícil recaudo que no se pueden recuperar y están afectando los estados financieros.un proceso de cobro coactivo y jurídico si es del caso. Se hace necesario que se tomen decisiones con respecto a unas cuentas de difícil recaudo que no se pueden recuperar y están afectando los estados financieros.
- ▲ Se debe realizar un mayor control por parte del Subgerente financiero de las ejecuciones presupuestales, con el fin de evitar malos manejos y errores en las ejecuciones de ingresos y gastos.
- ▲ 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.

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- ▲ 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 oficina Jurídica del Hospital una capacitación y asesoría al personal de cartera sobre el manejo del proceso de cobro prejurídico y jurídico.
- ▲ Es muy importante que la ejecución presupuestal sea entregada a esta oficina de forma mensual y no de forma retardada ya que la del tercer trimestre fue entregada los primeros días del mes de noviembre de 2024. Esto retrasa ejecutar la auditoría a los procesos financiero y estratégico del plan operativo anual y de desarrollo entre otros.
- ▲ En las CxP con corte a septiembre 30 tenemos 62 exfuncionarios a los cuales se les adeudan su liquidación u otros pagos por un valor total de \$ 353 millones que equivale con respecto al total en un 24.5% y 17 contratistas de prestación de servicios con un saldo \$ 82 millones. Pero lo más delicado es que se tienen 43 exfuncionarios que tienen unas CxP por valor de \$ 267 millones en el rango de más de 180 días de vencido. Es muy importante realizar el pago lo antes posible.
- ▲ Con respecto a los estados financieros se recomienda por parte de esta oficina que sean subidos a la página web institucional en el link de transparencia <https://www.hospital-concordia.gov.co/informes-financieros-y-contables/> y subidos a la cartelera de la gerencia.
- ▲ Se recomienda tomar medidas que permitan una efectiva intervención sobre la cartera morosa del Hospital por parte del comité de saneamiento contable y financiero. Presentar los informes financieros y contables en este comité.
- ▲ Es muy importante que de acuerdo con la nueva página de Gestión Transparente de la Contraloría General de Antioquia todas las cuentas y/o órdenes de pago deben cumplir con unos documentos fundamentales como son: Factura y/o cuenta de cobro, Fotocopia del documento de identidad, copia del RUT actualizado, planilla de pago de la seguridad social al día y certificado de recibido a satisfacción del bien o el servicio firmado por el supervisor del contrato y/o almacenista.
- ▲ 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.
- ▲ 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. 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
- ▲ 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.
- ▲ 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
- ▲ Se debe realizar un mayor control por parte del Subgerente administrativo de las ejecuciones presupuestales, con el fin de evitar malos manejos y errores en las ejecuciones de ingresos y gastos

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



- ▲ 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.
- ▲ 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.
- ▲ Se recomienda revisar el procedimiento de recaudo de dinero en efectivo de las diferentes áreas y hace un mejor seguimiento
- ▲ 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.
- ▲ 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.
- ▲ 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.
- ▲ 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.
- ▲ 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.
- ▲ Se debe realizar el seguimiento al plan de adquisiciones de forma mensual y realizar los respectivos cambios y actualizarlos en el SECOP II.
- ▲ 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 2.024
- 2) Informe de Auditorías Internas de los procesos administrativos del 2.024.
- 3) Informe de la oficina de atención al usuario del 2.024.
- 4) Cuadro con los contratos de 2.024.
- 5) Resultados del FURAG II del DAFP del 2.023.
- 6) Cuadros de mando de los indicadores de calidad de los diferentes servicios.
- 7) Cuadro con la programación de los comités.

JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA
Asesor de Control interno.

Código del Proceso: 2100-21	Versión: 6.0 - 2023	Elaborado por: Asesor de Control Interno
Fecha Documento: 7 febrero de 2023	Aprobado Por: Gerente Empresa Social del Estado	

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"
Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia
Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3