

INFORME DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS.

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

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Versión 5

CONCORDIA, Enero 15 DE 2.021.

“Salud Integral para Todos”

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

TABLA DE CONTENIDO.

Introducción	04
1. ASPECTOS GENERALES	05
1.1. Normatividad	05
1.2. Objetivo de la Evaluación	06
1.3. Objetivos Generales	06
1.4. Alcance	06
2. METODOLOGÍA	06
2.1. Evaluación del Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE	06
2.1.1. Informe de Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional, Gerencial y Operativo	18
2.1.2. Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión	19
2.1.3. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos	19
2.1.4. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales	20
2.2. Proceso de Contratación	21
2.3. Proceso de Gestión de Información	22
2.4. Proceso de Gestión de Talento Humano	25
2.5. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros	28
2.6. Proceso de Mantenimiento Hospitalario	31
2.7. Proceso de Gestión de Control	31
2.8. Proceso de Gestión Financiera	39
3. ANEXOS	41

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0	2017	Creación del documento.
2.0	2018	Se actualiza la versión uno del documento, en la versión No 02 de 2018. En los siguientes aspectos: • Se anexa en la versión los resultados de la evaluación del sistema de control interno que se realiza en el FURAG. Grado de Madurez y su interpretación. • Se tiene en cuenta el informe consolidado de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones. • Se tiene en cuenta Plan Anual de las auditorías internas y sus y el cumplimiento a los planes de mejoramiento. • El Informe de auditorías de calidad PAMEC. • Informes de las auditorías al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST. • El Informe de la auditoría de la Contraloría General de Antioquia. • El manejo de los diferentes indicadores de gestión del plan de desarrollo y los indicadores de calidad. • Se tiene en cuenta el seguimiento al sistema de costos. • Se anexa un cuadro con la evaluación de la oficina de control interno por dependencia que es la base para la calificación de los funcionarios de carrera.
3.0	2019	Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
4.0	2020	Se actualiza el capítulo 1 Aspectos generales el numeral 1.1 Normatividad vigente. Con respecto a los Indicadores de calidad se opta en esta versión que los indicadores se revisaran en forma digital en el sistema de información de la carpeta interna de publica. Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
5.0	2021	Se actualizan todos los cuadros en esta versión. En la metodología se agrega la evaluación a los procesos

“Salud Integral para Todos”

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

INTRODUCCIÓN

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

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

“Salud Integral para Todos”

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

1. ASPECTOS GENERALES:

1.1. Normatividad.

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

1.2. Objetivo de la Evaluación.

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

1.3. Objetivos Generales.

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

1.4. Alcance del Informe.

El presente informe de evaluación de la gestión por dependencias que realiza la oficina de Control interno cada año involucra todas las dependencias y procesos en la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia – Antioquia y finaliza con la entrega del informe definitivo a la Gerencia y al Comité de Control Interno. Se realiza con base en las actividades de 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 2.020. Igualmente, describe los resultados obtenidos en el avance de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en cada una de sus siete (7) dimensiones y en el seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST y a las evaluaciones y verificaciones relevantes realizadas por la oficina de Control Interno dentro de su Plan Anual de Auditorías Internas.

2. METODOLOGÍA:

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

La oficina de Control Interno durante el período evaluado del presente informe, Realizó: Auditorías, evaluaciones, verificaciones, participación en las reuniones de algunos de los comités institucionales, visitas de seguimiento de las cuales emitió los respectivos e informes, y por último las recomendaciones sugerencias con el fin de subsanar las deficiencias encontradas; así como la formulación de los Planes de Mejoramiento y su respectivo cumplimiento. Estas actividades se enmarcaron dentro de las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y de acuerdo con el 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; Plan de gestión gerencial para la evaluación del Gerente; la evaluación de los acuerdos de gestión con los subgerentes y el seguimiento a los comités institucionales, con corte al Diciembre 31 de 2.020.
- 2) El Segundo Anexo que se tiene en cuenta para la evaluación de la oficina de control interno para la vigencia del 2.020 son los formatos con el informe de las autorías de control interno, las auditorías de calidad, el seguimiento al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST y las auditorías externas de la Contraloría General de Antioquia.
- 3) El Tercer Anexo es el cuadro consolidado del informe de las Peticiones, Quejas, Reclamos Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones de la vigencia 2.020.
- 4) El Cuarto Anexo que se tiene en cuenta para el informe, es el cuadro de mando de los indicadores de calidad y los indicadores de gestión de cada una de las dependencias.
- 5) El Quinto Anexo es el informe de evaluación del sistema de control interno de ley 1474 de 2.011 y los resultados del FURAG II.

Con base en la información antes mencionada se realiza un cuadro consolidado por dependencia con la calificación final de la oficina de control interno de la vigencia del 2.020 el cual hace parte de este informe y que son entregados a cada una de los jefes de dependencia con el fin de que sean tenidos en cuenta para la evaluación final de los funcionarios de carrera y los en provisionalidad.

2.1. Evaluación al Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE	
Responsable:	Gerente de la Empresa Social del Estado.
Objetivo:	Establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, evaluación y control del Plan de Desarrollo Institucional y sus instrumentos operativos, financieros y el plan de gestión gerencial, el Plan Operativo anual y los Acuerdos de gestión en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia en el largo, mediano y corto plazo en forma participativa y concertada de acuerdo con los principios de autonomía, continuidad, participación, coherencia, viabilidad, eficiencia y eficacia
Documentos:	Plan de Desarrollo Institucional 2.016 - 2.020 Camino a la Acreditación en Salud. Planes de acción, Plan Financiero, Planes Estratégicos, Indicadores, Plan Gestión Gerencial 2.016 – 2.020. y el Acuerdo aprobación plan gestión gerencial 2.020 – 2.024, Acuerdos de Gestión y sus evaluaciones, Actas de Comités, Planes de mejoramiento comités y cuadro programación de los Comités.

2.1.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia del 2.020. Para esta evaluación se tienen en cuenta tres formatos de Excel así:

- Evaluación del Plan de Desarrollo con corte al 31 de diciembre de 2.020.
- Cuadro Consolidado de los Objetivos del Plan de Desarrollo de 2.020.
- Cuadro de la Evaluación por Actividades del Plan de Desarrollo de 2.020.

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

Cuadro No 1: Formato de Evaluación de los Objetivos del Plan de Desarrollo 2.020.

Entidad:	Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia		
Dependencia y/o Proceso:	Grupo Directivo Líneas Estratégicas		
Responsable:	Gerente y Nivel Directivo.		
Código del Proceso:	COG-IN-01	Fecha:	15 de Enero 2.021.
Objetivos del Proceso o de la Dependencia:	1. Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para la vigencia del 2.020. Evaluar 7 Líneas Estratégicas, 23 Objetivos y 456 actividades. 2. Identificar los factores críticos de los procedimientos y actividades. 3. Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento. 4. Evaluación del desempeño de los funcionarios de cada una de las áreas evaluadas.		

LINEA ESTRATÉGICA 01: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
No	Objetivos Asociados con el Plan de Desarrollo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
01	Formular el plan de desarrollo institucional, sus planes operativos, el plan de gestión gerencial y los acuerdos de gestión con los gerentes públicos (subgerente de servicios de salud y subgerente administrativo); realizar seguimiento a su ejecución, evaluar los resultados y tomar los correctivos que sean necesarios.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	85.44% es el valor consolidado de la evaluación LE 01 OB 01	Consta de 30 actividades. No se toman en cuenta 2 actividades que equivale al 6.6%. El total de actividades que se toman en cuenta son 28 discriminadas así: • Cumplimiento del 100% son 8 que equivale 26.6%. • Cumplimiento entre el 51-99% son 14 que equivale 46.7%. • Cumplimiento entre el 1-50% es 1 que equivale 3.4%. • No presentaron cumplimiento 5 actividades que equivale al 16.7%.
LINEA ESTRATÉGICA 02: GERENCIA DEL DÍA A DÍA				
01	Realizar la compra y la prestación de bienes y servicios, según el caso, de acuerdo con las necesidades preestablecidas por la Empresa Social del Estado en el Plan Anual de Compras, conforme los principios y procedimientos del Estatuto de Contratación y del Manual de Procesos y Procedimientos de Contratación.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	111.92% es el valor consolidado de la evaluación LE 02 OB 01	Consta de 23 actividades programadas para el año 2.019 así: • Cumplimiento del 100% son 12 que equivale 52.2%. • Cumplimiento 51-99% son 7 que equivale 30.4%. • Cumplimiento 1-50% son 4 que equivale 17.4%.

“Salud Integral para Todos”

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

No	Compromisos Asociados con el Objetivo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
02	Cumplir con las actividades misionales, inherentes a la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado, a la misión y a los objetivos institucionales, de forma rutinaria, o en casos excepcionales de emergencias y desastres, mejorando la percepción de los servicios de salud por parte de la comunidad y la satisfacción con éstos.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	97.23% es el valor consolidado de la evaluación LE 02 OB 02	Consta de 69 actividades programadas para el año 2.019, • Cumplimiento del 100% son 15 que equivale 21.7% • Cumplimiento 51-99% son 51 que equivale 73.9% • Cumplimiento 1-50% son 3 que equivale 4.4%.
03	Cumplir con las actividades de dirección y apoyo administrativo, inherentes a la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado, a la misión y a los objetivos institucionales.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	78.18% es el valor consolidado de la evaluación LE 02 OB 03	Consta de 62 actividades programadas para el año 2.019, • Cumplimiento del 100% son 20 que equivale 32.3% • Cumplimiento 51-99% son 34 que equivale 54.8% • Cumplimiento 1-50% son 8 que equivale 12.9%.
LINEA ESTRATÉGICA 03: TRANSFORMACIÓN CULTURAL				
01	Cumplir con la totalidad de estándares de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, condiciones técnico administrativas y condiciones técnico científicas del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	58.14% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 01	Consta de 6 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 0 que equivale 0% • Cumplimiento 51-99% son 5 que equivale 83.3% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 16.7%.
02	Implementar un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	63.48% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 02	Consta de 18 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 11.1% • Cumplimiento 51-99% son 13 que equivale 72.2% • Cumplimiento 1-50% son 3 que equivale 16.7%.
03	Mantener operativo y útil, un sistema de indicadores para el control de gestión de la calidad en la prestación de servicios salud, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud y rendir los informes correspondientes.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	91.55% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 03	Consta de 8 actividades, para el 2.020: • Cumplimiento del 100% son 4 que equivale 50.0% • Cumplimiento 51-99% son 4 que equivale 50.0%.
04	Autoevaluar, calificar y cerrar brechas en la implementación del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	42.85% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 04	Consta de 16 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 3 que equivale 18.7% • Cumplimiento 51-99% son 6 que equivale 37.5% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 6.3% • Presenta 6 actividades sin ejecución que equivale al 37.5%

“Salud Integral para Todos”

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

No	Compromisos Asociados con el Objetivo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
05	Formular e implementar un Programa de Seguridad en la Atención en Salud.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	24.23% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 05	Consta de 7 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 28.5% • Cumplimiento 51-99% son 4 que equivale 57.1% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 14.4%
06	Culminar la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), en todos sus componentes y realizar seguimiento a su desarrollo.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	91.39% es el valor consolidado de la evaluación LE 03 OB 06	Consta de 46 actividades programadas, para el año 2.020 en total son: • Cumplimiento del 100% son 30 que equivale 65.2% • Cumplimiento 51-99% son 11 que equivale 23.9% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 2.2% • Sin ejecutar 4 actividades que equivale al 8.7%.
LINEA ESTRATÉGICA 04: TRANSFORMACIÓN CULTURAL.				
01	Garantizar el acceso al sistema de empleo público por mérito, la sostenibilidad por desempeño y la estabilidad laboral para los funcionarios públicos de la Empresa Social del Estado, privilegiando la capacitación continua, la motivación laboral y la seguridad en el trabajo.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	70.79% es el valor consolidado de la evaluación LE 04 OB 01	Consta de 44 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 15 que equivale 34.1% • Cumplimiento 51-99% son 13 que equivale 29.5% • Cumplimiento 1-50% son 11 que equivale 25.0% • Sin ejecutar 5 actividades que equivale al 11.4%.
LINEA ESTRATÉGICA 05: DESARROLLO SOSTENIBLE				
01	Garantizar la viabilidad y sostenibilidad de la Empresa Social del Estado en el largo plazo mediante una gestión financiera prudente, responsable y transparente.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	101.14% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 01	Consta de 37 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 27 que equivale 72.9% • Cumplimiento 51-99% son 0 que equivale 0% • Cumplimiento 1-50% son 10 que equivale 27.1%
02	Mantener actualizados los inventarios de activos fijos y bienes consumibles para la prestación de servicios de salud	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	93.55% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 02	Consta de 10 actividades para el 2.020: • Cumplimiento del 100% son 6 que equivale 60.00% • Cumplimiento 1-50% son 4 que equivale 40.00%

“Salud Integral para Todos”

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

No	Compromisos Asociados con el Objetivo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
03	Implementar un sistema de costos hospitalarios, desagregado hasta el nivel de servicio, que dé cuenta de la inversión económica necesaria para la prestación de cada actividad de salud que realice la Empresa Social del Estado.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	81.88% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 03	Consta de 6 actividades, para el 2.020: • Cumplimiento del 100% son 1 que equivale 16.7% • Cumplimiento 51-99% son 1 que equivale 16.7% • Cumplimiento entre el 1-50% son 4 que equivale 66.6%
04	Gestionar la suscripción del convenio de concurrencia con la nación y el departamento para cubrir el pasivo pensional y de cesantías de la Empresa Social del Estado anterior al año 1.994.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	61.90% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 04	Consta de 3 actividades para el 2.020 • Cumplimiento 1-50% es 1 que equivale 33.3%. • Sin ejecutar 2 actividades que equivale al 66.7%.
05	Gestionar el saneamiento del sistema de aportes patronales recibidos de la nación por concepto de servicios de salud, pensiones, cesantías y riesgos laborales.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	188.16% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 05	Consta de 4 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 50.0% • Cumplimiento 51-99% es 1 que equivale 25.0% • Cumplimiento 1-50% es 1 que equivale 25.0%
06	Garantizar la adecuada disposición de los residuos generados con ocasión de la prestación de servicios de salud, de conformidad con las disposiciones legales vigentes y del Plan de Gestión Integral de Residuos.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	92.89% es el valor consolidado de la evaluación LE 05 OB 06	Consta de 11 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 6 que equivale 54.5% • Cumplimiento 1-50% son 5 que equivale 45.5%.
LINEA ESTRATÉGICA 06: GERENCIA DEL DÍA A DÍA				
01	Modernizar el sistema de información de la Empresa Social del Estado.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	95.97% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 01	Consta de 11 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 3 que equivale 27.27% • Cumplimiento entre el 51-99% son 3 que equivale 27.27% • Cumplimiento 1-50% son 5 que equivale 45.5%
02	Mantener contacto con la comunidad mediante medios de comunicación informáticos y redes sociales.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	53.13% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 02	Consta de 9 actividades programadas para el año 2.020: • Cumplimiento del 100% son 3 que equivale al 33.34% • Cumplimiento 51-99% son 1 que equivale 11.11% • Cumplimiento 1-50% son 2 que equivale 22.22% • Sin ejecutar 3 que equivale al 33.33%. No se cumplió las actividades No 7-8-9%

“Salud Integral para Todos”

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

No	Compromisos Asociados con el Objetivo Institucional:	Medición de Compromisos		
		Indicador	Resultado	Análisis del Resultado
LINEA ESTRATÉGICA 06: GERENCIA DEL DÍA A DÍA				
03	Cumplir con el Plan de Mantenimiento Hospitalario.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	93.80% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 03	Consta de 9 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 4 que equivale 44.4% • Cumplimiento 51-99% son 2 que equivale 22.2% • Cumplimiento 1-50% son 3 que equivale 33.4%
04	Mejorar las condiciones de la planta física de la Empresa Social del Estado.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	98.99% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 04	Consta de 6 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 2 que equivale 33.34% • Cumplimiento 51-99% son 3 que equivale al 50.0% • Cumplimiento 1-50% son 1 que equivale 16.66%
05	Modernizar el parque automotor de ambulancias de traslado asistencial básico de la Empresa Social del Estado.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	183.89% es el valor consolidado de la evaluación LE 06 OB 05	Consta de 7 actividades para el 2.020: • Cumplimiento del 100% son 7 que equivale 100.0%
LINEA ESTRATÉGICA 07: PARTICIPACIÓN SOCIAL.				
01	Propiciar la implementación y desarrollo de la Política de Participación Social en Salud, mandato constitucional, ético y legal, contenido en las leyes 100 de 1.993, 1438 de 2.011, 1751 y 1757 de 2.015; y adoptada por la resolución 2063 de 2.017.	Nro de actividades ejecutadas / Nro. Total de Actividades programadas	89.33% es el valor consolidado de la evaluación LE 07 OB 01	Consta de 14 actividades programadas para el año 2.020, • Cumplimiento del 100% son 9 que equivale 64.3% • Cumplimiento entre el 51-99% son 2 actividades que equivale al 14.28% • Cumplimiento 1-50% son 2 que equivale 14.28% • Sin ejecutar 1 que equivale al 7.14%.

“Salud Integral para Todos”

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

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

Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos					% Cump. Total Obje.	Calificación Control Interno
		0	1 - 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas		
1	Formular el plan de desarrollo institucional, sus planes operativos, el plan de gestión gerencial y los acuerdos de gestión con los gerentes públicos (subgerente de servicios de salud y subgerente administrativo); realizar seguimiento a su ejecución, evaluar los resultados y tomar los correctivos que sean necesarios.	7	1	5	9	8	85.44%	8 puntos
2	Realizar la compra y la prestación de bienes y servicios, según el caso, de acuerdo con las necesidades preestablecidas por la Empresa Social del Estado en el Plan Anual de Compras, conforme los principios y procedimientos del Estatuto de Contratación y del Manual de Procesos y Procedimientos de Contratación.	0	4	2	5	12	111.92%	10 puntos
3	Cumplir con las actividades misionales, inherentes a la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado, a la misión y a los objetivos institucionales, de forma rutinaria, o en casos excepcionales de emergencias y desastres, mejorando la percepción de los servicios de salud por parte de la comunidad y la satisfacción con éstos.	0	3	14	37	15	97.23%	9 puntos
4	Cumplir con las actividades de dirección y apoyo administrativo, inherentes a la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado, a la misión y a los objetivos institucionales.	0	8	26	8	20	78.18%	7 puntos
5	Cumplir con la totalidad de estándares de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, condiciones técnico administrativas y condiciones técnico científicas del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	0	1	2	3	0	58.14%	5 puntos
6	Implementar un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	0	3	10	3	2	63.48%	6 puntos
7	Mantener operativo y útil, un sistema de indicadores para el control de gestión de la calidad en la prestación de servicios salud, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud y rendir los informes correspondientes.	0	0	2	2	4	91.55%	9 puntos
8	Autoevaluar, calificar y cerrar brechas en la implementación del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	6	1	4	2	3	42.55%	4 puntos
9	Formular e implementar un Programa de Seguridad en la Atención en Salud.	0	1	4	0	2	24.23%	2 puntos
10	Culminar la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), en todos sus componentes y realizar seguimiento a su desarrollo.	4	1	6	5	30	91.39%	9 puntos

“Salud Integral para Todos”

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

Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos					% Cump. Total Obje.	Calificación Control Interno
		0	1 - 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas		
11	Garantizar el acceso al sistema de empleo público por mérito, la sostenibilidad por desempeño y la estabilidad laboral para los funcionarios públicos de la Empresa Social del Estado, privilegiando la capacitación continua, la motivación laboral y la seguridad en el trabajo.	5	11	7	6	15	70.79%	7 puntos
12	Garantizar la viabilidad y sostenibilidad de la Empresa Social del Estado en el largo plazo mediante una gestión financiera prudente, responsable y transparente.	0	10	0	0	27	101.14%	10 puntos
13	Mantener actualizados los inventarios de activos fijos y bienes consumibles para la prestación de servicios de salud	0	4	0	0	6	93.55%	9 puntos
14	Implementar un sistema de costos hospitalarios, desagregado hasta el nivel de servicio, que dé cuenta de la inversión económica necesaria para la prestación de cada actividad de salud que realice la Empresa Social del Estado.	0	4	0	1	1	81.88%	8 puntos
15	Gestionar la suscripción del convenio de concurrencia con la nación y el departamento para cubrir el pasivo pensional y de cesantías de la Empresa Social del Estado anterior al año 1.994.	0	1	1	0	0	61.90%	6 puntos
16	Gestionar el saneamiento del sistema de aportes patronales recibidos de la nación por concepto de servicios de salud, pensiones, cesantías y riesgos laborales.	0	1	0	1	2	188.16%	10 puntos
17	Garantizar la adecuada disposición de los residuos generados con ocasión de la prestación de servicios de salud, de conformidad con las disposiciones legales vigentes y del Plan de Gestión Integral de Residuos.	0	5	0	0	6	92.89%	9 puntos
18	Modernizar el sistema de información de la Empresa Social del Estado.	0	5	3	0	3	95.97%	9 puntos
19	Mantener contacto con la comunidad mediante medios de comunicación informáticos y redes sociales.	3	2	0	1	3	53,13%	5 puntos
20	Cumplir con el Plan de Mantenimiento Hospitalario.	0	3	1	1	4	93,89%	9 puntos
21	Mejorar las condiciones de la planta física de la Empresa Social del Estado.	0	1	3	0	2	98.99%	9 puntos
22	Modernizar el parque automotor de ambulancias de traslado asistencial básico de la Empresa Social del Estado.	0	0	0	0	7	183.88%	10 puntos
23	Propiciar la implementación y desarrollo de la Política de Participación Social en Salud, mandato constitucional, ético y legal, contenido en las leyes 100 de 1.993, 1438 de 2.011, 1751 y 1757 de 2.015; y adoptada por la resolución 2063 de 2.017.	1	2	1	1	9	89.33%	8 puntos
TOTAL DE ACTIVIDADES POR RANGOS 456		26	72	91	85	181		
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		5.70%	15.79%	19.96%	18.64%	39.69%		

“Salud Integral para Todos”

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

Resultado Consolidado de la Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional 2.016 – 2.020

LINEAS ESTRATÉGICAS	% DE CUMPLIMIENTO
Direccionamiento Estratégico	85.44%
Gerencia del Día a Día	93.20%
Transformación Cultural	56.01%
Desarrollo Humano	70.79%
Desarrollo Sostenible	102.24%
Desarrollo Tecnológico	120.78%
Participación Social	89.33%
CUMPLIMIENTO DEL PLAN	89.88%

Se evidencia que el cumplimiento del plan de desarrollo es muy bueno en las líneas estratégicas 2 – 5 – 6 y 7, de una forma aceptable en las líneas 1 y 4 y con un cumplimiento deficiente la línea 3.

RANGOS	TOTAL DE COMPROMISOS	% TOTAL DE COMPROMISOS
0	26	5.70%
1- 50	72	15,79%
51 - 80	91	19,96%
81 - 99	85	18.64%
100 o mas	181	39.69%

A continuación, presento un informe con las actividades por línea estratégica que presentan un cumplimiento de menos del 50% con el fin de establecer los aspectos a mejorar para dar cumplimiento a la actividad:

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

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
1	LE 01 OB 01 AC 11	Proyectar los ajustes requeridos por el Plan de Desarrollo Institucional según los resultados de su evaluación.	Gerente	No se requirieron ajustes en el 2.020 al Plan de desarrollo. Por lo tanto, no se presentó a la Junta Directiva.
2	LE 01 OB 01 AC 12	Someter las modificaciones al Plan de Desarrollo Institucional al análisis y aprobación de la Junta Directiva	Gerente y Junta directiva	
3	LE 01 OB 01 AC 26 a la LE 01 OB 01 AC 30	Recopilar los datos necesarios para el cumplimiento del envío de información requerida por la Circular 009 de 2.015 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, o la norma que la modifique o sustituya.	Subgerente Administrativo	Se viene realizando el informe mensual pero no se ha realimentado la información.

“Salud Integral para Todos”

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

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
4	LE 02 OB 01 AC 03	Perfeccionar contratos de prestación de servicios de salud con las Entidades Responsables de Pago (ERP).	Gerente y Secretaria.	No se encontraron algunos de los contratos firmados en la auditoría.
5	LE 02 OB 01 AC 16	Comprar equipos (Cifras expresadas en millones de pesos).	Subgerencia Administrativa y Líder del proceso.	Debido a la racionalización del gasto se presenta que las compras de estos bienes fueron muy bajas.
6	LE 02 OB 01 AC 17	Comprar material para Rayos X (Cifras expresadas en millones de pesos).		
7	LE 02 OB 01 AC 18	Comprar papelería, elementos de oficina, elementos de aseo, materiales para mantenimiento, combustible y repuestos para los vehículos (Cifras expresadas en millones de pesos).		
8	LE 02 OB 03 AC 19 al LE 02 OB 03 AC 22	Formular planes de mejoramientos con base en de la gestión de las quejas, reclamos, sugerencias, demandas y felicitaciones (PQRSDF) presentadas por los usuarios.	Líder del proceso y Auxiliar Administrativa SIAU	En el 1 año del plan no se cumplió con esta meta y este año se ha reunido muy pocas veces el comité de ética y no se trató el tema.
9	LE 02 OB 03 AC 32	Realizar las reuniones de los comités, comisiones y grupos de trabajo institucionales: Comité de Farmacia y Tecnovigilancia.	Regente de farmacia	No se tienen actas de las reuniones del comité
10	LE 02 OB 03 AC 33	Realizar las reuniones de los comités, comisiones y grupos de trabajo institucionales: Comité de Glosas.	Subgerencia Administrativa	No se tienen actas de las reuniones del comité
11	LE 02 OB 03 AC 36	Realizar las reuniones de los comités, comisiones y grupos de trabajo institucionales: Comité de Sostenibilidad Contable.	Subgerencia Administrativa	No se tienen actas de las reuniones del comité
12	LE 02 OB 03 AC 61	Ejecutar las actividades contenidas en el Plan Operativo Anual de Actividades del Plan Institucional de Archivos	Subgerencia Administrativa y Auxiliar Administrativa	En el plan se tiene programadas evaluaciones mensuales y se realizan trimestral y hay algunos proyectos que se están elaborando
13	LE 03 OB 01 AC 02	Realizar el reporte de las novedades de Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) de manera oportuna y por los medios indicados, anexando los soportes respectivos.	Subgerente de Atención al usuario	No se presentaron muchas novedades para ser reportadas.
14	LE 03 OB 01 AC 05	Ejecutar las actividades contenidas en los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías realizadas.	Subgerente de Atención al usuario	No se presentaron planes de mejora
15	LE 03 OB 04 AC 10	Realizar jornadas de capacitación al recurso humano de la Empresa Social del Estado con enfoque en el sistema único de habilitación	Comisión de personal	No se realizó la capacitación
16	LE 03 OB 04 AC 11 a LE 03 OB 04 AC 16	Postular a la Empresa Social del Estado, ante la entidad acreditadora, como aspirante al proceso de acreditación.	Gerente, Asesor calidad y grupo directivo	Estas metas no se pudieron cumplir.
17	LE 03 OB 05 AC 07	Actualizar y socializar las Guías de Atención Médica y Paramédica	Subgerente de Atención al usuario	Se vienen elaborando, pero faltan muchas.
18	LE 03 OB 06 AC 08	Estandarizar y documentar el Manual de Procesos y Procedimientos de Organización Jurídica con la metodología definida en por el Comité Operativo del Modelo Estándar de Control Interno y el Grupo Primario de Calidad.	Control Interno, Gerente y Asesor Jurídico.	No se realizó la caracterización de este proceso.

“Salud Integral para Todos”

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

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
19	LE 03 OB 06 AC 10	Estandarizar y documentar el Manual de Procesos y Procedimientos de Gestión Financiera con la metodología definida en por el Comité Operativo del Modelo Estándar de Control Interno y el Grupo Primario de Calidad.	Control Interno, Subgerente administrativa y Contador.	No se realizó la caracterización de este proceso.
20	LE 03 OB 06 AC 14	Estandarizar y documentar el Manual de Procesos y Procedimientos de Servicios Generales con la metodología definida en por el Comité Operativo del Modelo Estándar de Control Interno y el Grupo Primario de Calidad.	Control Interno y Subgerente administrativa	Está en proceso.
21	LE 03 OB 06 AC 34	Realizar seguimiento a las evaluaciones de desempeño de los funcionarios no inscritos en el escalafón de carrera administrativa.	Control Interno, Gerente y Asesor jurídico	Solo falta por evaluar los funcionarios del nivel operativo.
22	LE 03 OB 06 AC 45	Formular el Plan Operativo Anual de Actividades (POA) del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para cada vigencia	Subgerencia Administrativa	En el plan se tiene programadas evaluaciones mensuales y se realizan trimestral
23	LE 04 OB 01 AC 10	Diseñar y adoptar un instrumento de evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos vinculados en provisionalidad y en servicio social obligatorio y de los trabajadores oficiales.	Control Interno y Gerente	No se va ha realizar el instrumento.
24	LE 04 OB 01 AC 15	Ejecutar las actividades contempladas en el Programa de Estímulos e Incentivos Laborales.	Comisión de personal	Un cumplimiento muy bajo de las actividades.
25	LE 04 OB 01 AC 22 a LE 04 OB 01 AC 26	Formular planes de mejoramiento según los hallazgos de las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Comité directivo	No presentaron planes de mejoramiento
26	LE 04 OB 01 AC 29 a LE 04 OB 01 AC 33	Realizar el diagnóstico para la intervención del clima laboral, con el apoyo de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL).	Comisión de personal.	No se realizó la actividad.
27	LE 04 OB 01 AC 34 a LE 04 OB 01 AC 44	Realizar el seguimiento a los planes estratégicos	Subgerencia Administrativa	En el plan se tiene programadas evaluaciones mensuales y se realizan trimestral
28	LE 05 OB 01 AC 06 -10 – 16 – 24 - 30 y 35	Presentar informes de facturación, financiero, presupuesto, cartera, cuentas por pagar y glosas al Comité de Sostenibilidad Contable de la Empresa Social del Estado.	Subgerencia Administrativa	No se realizó reuniones del comité y no se presentaron los informes.
29	LE 05 OB 01 AC 21	Enviar cartas persuasivas de cobro conforme la política de recuperación de cartera.	Gerente y Subgerencia Administrativa	Se debe realizar una mejor gestión de recuperación de la cartera e iniciar cobros jurídicos.
30	LE 05 OB 01 AC 22	Realizar cobros prejurídicos conforme la política de recuperación de cartera.		
31	LE 05 OB 01 AC 23	Realizar cobros judiciales conforme la política de recuperación de cartera.		
32	LE 05 OB 02 AC 06 a LE 05 OB 02 AC 10	Realizar auditorías al manejo de los inventarios de las diferentes áreas de trabajo.	Subgerencia Administrativa y Control Interno	Se están organizando los activos fijos de la entidad.
33	LE 05 OB 03 AC 04	Formular planes de mejoramiento según los hallazgos de los informes de costos.	Subgerencia Administrativa	El año pasado no se manejo el sistema de costos en el hospital
34	LE 05 OB 03 AC 04	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de los informes de costos.	Subgerencia Administrativa	
35	LE 05 OB 04 AC 03	Suscribir el convenio de concurrencia con la Nación y con el Departamento de Antioquia.	Gerente	Se entrego la información, pero no se ha podido firmar el convenio.

“Salud Integral para Todos”

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

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
35	LE 05 OB 06 AC 01 a LE 05 OB 06 AC 04	Realizar auditorías internas al proceso de gestión de residuos hospitalarios.	Control Interno	No se cumplió con esta actividad
36	LE 05 OB 06 AC 10	Presentar informes de gestión al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS) de la Empresa Social del Estado.	Subgerencia Administrativa	No se realizó esta actividad.
37	LE 06 OB 01 AC 06	Formular el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y sus Planes Operativos Anuales de Actividades (POA) para cada vigencia.	Gerente y Grupo directivo	No se ha realizado y se tiene poco conocimiento del tema
38	LE 06 OB 01 AC 07	Ejecutar las actividades contenidas en el Plan Operativo Anual de Actividades (POA) del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.	Gerente y Grupo directivo	No se realizó el plan.
39	LE 06 OB 01 AC 09	Formular el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y sus Planes Operativos Anuales de Actividades (POA) para cada vigencia.	Gerente y Grupo directivo	No se ha realizado y se tiene poco conocimiento del tema
40	LE 06 OB 01 AC 10	Ejecutar las actividades contenidas en el Plan Operativo Anual de Actividades (POA) del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	Gerente y Grupo directivo	No se realizó el plan.
41	LE 06 OB 02 AC 04	Revisar periódicamente lo que se publica en las redes sociales en relación con la Empresa Social del Estado.	Gerente	No se manejaron redes sociales en el 2020
42	LE 06 OB 02 AC 05 a LE 06 OB 02 AC 09	Presentar un informe diario a la gerencia de la Empresa Social del Estado sobre aspectos relevantes publicados en las redes sociales.		
43	LE 06 OB 03 AC 02 a LE 06 OB 03 AC 06	Presentar informes al Comité Directivo de la Empresa Social del Estado de la ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo.	Subgerencia Administrativa	No se realizaron reuniones del comité directivo en el 2020
44	LE 07 OB 01 AC 07	Promover y apoyar la realización de reuniones periódicas de la Asociación de Usuarios de la ESE de acuerdo a los estatutos.	Gerente, Dirección Local y Representante	Se está organizando la asociación de usuarios
45	LE 07 OB 01 AC 08	Promover y apoyar la celebración de la Asambleas Ordinarias de la Asociación de Usuarios de la E.S.E de acuerdo a los estatutos.	Gerente, Dirección Local y Representante	

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

- Con respecto al nuevo plan de desarrollo institucional 2.021 – 2.024 se puede evidenciar que se presentó a la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2020, el cual fue aprobado mediante acuerdo.
- Se evidencia la evaluación al plan de gestión gerencial hasta diciembre de 2.019, presentado a la junta directiva por el anterior gerente y el cual mediante el acuerdo No 02 de 2.020 fue calificado de forma SATISFACTORIA. El nuevo plan gerencial está siendo evaluado mediante la circular No 009 de 2.015 que se presenta una vez al mes al Supersalud.
- El Plan de Gestión Gerencia para el período 2.020 – 2.024 fue presentado a la Junta Directiva y aprobado mediante el Acuerdo No 04 de mayo de 2.020, la oficina de control interno recomienda que debe ser publicado y socializado con el comité directivo
- Los Planes Operativos Anuales POA, una vez se aprobado el Plan desarrollo institucional se debe elaborar el Plan Operativo para la vigencia del 2.021 y debe ser presentado a la junta para su aprobación

“Salud Integral para Todos”

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

- Recuerdo que este plan debe ser montado junto con el plan de desarrollo en el mes de enero en la página de la Contraloría General de Antioquia y en nuestra página en transparencia e información

2.1.3. Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión.

Responsable:	Gerente
Objetivo:	Brindar a los directivos y gerentes públicos la orientación para la elaboración de los Acuerdos de Gestión en sus diferentes fases, a través de los se concertarán y evaluarán los compromisos adquiridos en el marco de los Planes de Acción anuales de la entidad.
Documentos:	Acuerdos de gestión y formato de evaluación y seguimiento.
Informe: A continuación, presentamos los resultados del seguimiento.	
• Se evidencian que principios del año se realizaron los acuerdos de gestión con las subgerencias de atención al usuario y administrativa. • Se evidencia la evaluación final del 2.019 sien una calificación positiva para ambos subgerentes. • Se evidencia la evaluación de marzo del 2.020 por cambio de gerente. Con calificación positiva. • No se evidencia la evaluación de abril a junio de las subgerencias. • Se recomienda que para el mes de enero del 2.021 se realice la evaluación final y se pacten nuevos acuerdos de gestión.	

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 Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 047 febrero 2.020.
- Plan de Gestión Documental – PDG. PINAR. Adoptado Resolución No 046 febrero 2.020
- Plan Anual de Adquisiciones. Adoptado Resolución No 017 enero 2.020.
- Plan Anual de Vacantes. Adoptado Resolución No 021 enero 2.020.
- Plan de Previsión de Recursos Humanos. Adoptado Resolución No 020 enero 2.020.
- Plan Estratégico de Talento Humano - PETH. Adoptado Resolución No 019 enero 2.020.
- Plan Institucional de Capacitación - PIC. Adoptado Resolución No 023 enero 2.020.
- Plan de Incentivos Institucionales. Adoptado Resolución No 026 enero 2.020.
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Adoptado Resolución No 022 enero 2.020.
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Adoptado Resolución No 018 enero 2.020.
- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI. Adoptado Resolución No 025 enero 2.020.
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. Adoptado Resolución No 131 julio 2.020.

NOTA: Se mira el seguimiento de los planes antes mencionados en cada uno de los procesos. 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.

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.

Informe:

Nro .	COMITÉ	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	COMISIÓN DE PERSONAL	30	27	26	30	28	25	30	27	24	29	26	17
2	COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	14		27			26			25			2/17
3	COMITÉ DE ARCHIVOS			27						25			
4	COMITÉ DE COMPRAS	28	25	24	28	26	23	28	25	22	27	24	15
5	COMITÉ DE CONCILIACIÓN			27						25			
6	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL		27				25				29		
7	COMITÉ DE EMERGENCIAS		4	23/31	1/3		11/30	22	4				
8	COMITÉ DE ÉTICA	15	12	11	8	6	10	8	12	9	14	11	9
9	COMITÉ DE FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA	16			16			9			8		
10	COMITÉ DE GLOSAS		25		28		23		25		27		15
11	COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS		11						11				
12	COMITÉ DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	16			16			9			8		
13	COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE		25		28		23		25		27		15
14	COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	16		12		14		9		28	16	26	
15	COMITÉ DIRECTIVO		20		23		18		20		15		17
16	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	15					18				15		18
17	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	31	27	26	30	4/28	25	30	6/14/20	7/18/24	6/16	30	18
18	GRUPO DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	30	27	26	30	28	25	30	27	24	29	26	17
19	GRUPO DE GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL	15	4	3	7	5	2	15	4	1	6	3	1
20	GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD	28		26		28		30		24		25	22
TOTAL COMITES PROGRAMADOS 2020 = 122		10	12	10	11	7	12	9	11	10	13	7	10
TOTAL DE REUNIONES DE COMITES REALIZADAS 2020 = 58		6	5	4	4	6	5	6	5	7	3	3	4
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 47.5%													

	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 2020.

Actividades Comités	Cant	% Cumpl
Cumplidas	30	38%
Pendientes	10	13%
Incumplidas	34	44%
Vig Anterior	4	5%
TOTAL ACT.	78	100%

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

Conclusiones:

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

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:

2.2.1. Se elabora un cuadro en Excel donde se maneja la información de los contratos realizados durante el 4º trimestre del año 2.020 el cual presenta la siguiente información.

Se realizaron 91 contratos por un valor total de \$ 1.032.326.887 millones de pesos. Al 31 de diciembre de 2.020 Discriminados así:

CANTIDAD	TIPO DE CONTRATO	VALOR (\$)	%
56	Prestación de servicios	\$ 518.307.339	50.2%
2	Compraventa	\$ 11.282.063	1.1%
1	Mantenimiento	\$ 6.150.000	0.6%
6	Suministros	\$ 435.815.688	42.2%
24	Termino definido	\$ 58.941.797	5.7%
2	Arrendamiento	\$ 1.830.000	0.2%
91	GRAN TOTAL	\$ 1.032.326.887	100%

2.2.1.1. HALLAZGOS.

- 1) Con respecto a la fase de Planeación del Manual de Contratación del Hospital. Se evidencio lo siguiente: Se presentaron algunos documentos faltantes en los contratos.
 - Faltan Estudios de oportunidad y conveniencia y también con errores.
 - No se tienen los Formatos actualizados de Hoja de vida y declaración de bienes del SIGEP.

“Salud Integral para Todos”

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

- Certificados de Estudios.
- Certificados Laborales.
- Certificados de afiliación a la salud, pensión y ARL.
- Faltan Propuestas y propuestas sin firma.
- Certificado del SG-SST.
- Certificado médico laboral.
- Autorización de la Secretaria de salud de Antioquia. Certificado ley 1801.
- Pólizas
- El certificado de inscripción en el RETHUS
- Resolución de Nombramiento de supervisor de los contratos
- Faltan actas de inicio y Actas de inicio sin firmas al momento de la revisión.
- Actas de liquidación y terminación de los contratos.
- RUT desactualizados o muy viejos.
- Certificados de CDP y RP de personal de proyectos sacados servicios técnicos y honorarios.

- 2) Se evidencia algunos contratos sin el soporte del SECOP.
- 3) En la revisión se evidencia que faltan la mayoría de las evaluaciones de los contratistas al año 2.019 y se debe realizar la de junio del 2.020 y diciembre de 2.020.
- 4) Se evidencia CDP de los rubros de otros honorarios y remuneración servicios técnicos en los cuales se sacan las personas vinculadas a proyectos de salud, lo cual no debiera ser así.
- 5) Faltan algunos contratos que ya se terminaron a los cuales no se les ha realizado el acta de terminación y liquidación.
- 6) Es muy importante que todos los contratos tengan la planilla de afiliación al sistema de seguridad en salud.
- 7) Hasta el mes de junio se llevaba un formato denominado lista de chequeo de los contratos la cual es elaborada para cada uno de los ellos y facilita la revisión de los documentos de los contratos. pero en los del 4º trimestre falta y se recomienda que se lleve. Es muy importante que todos los contratos tengan la planilla de afiliación al sistema de seguridad en salud.
- 8) Las carpetas con los contratos durante este 4º trimestre no fueron entregadas a la oficina de control interno antes de ser reportada al SECOP y al SIA para su revisión. La revisión se realizó posterior.
- 9) No se evidencia el cuadro con el reporte de los contratos en la cartelera principal de los meses de junio a diciembre de 2.020 y en la página web institucional.
- 10) Elaborar el plan de mejoramiento
- 11) Se recomienda realizar la actualización del manual de procesos de contratación.

Nota: Se anexa el cuadro de revisión de la contratación del 4º trimestre del 2.020.

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.

“Salud Integral para Todos”

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

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.

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.

- 1) Se realizó el Inventario Físico de todos los equipos de cómputo con los respectivos accesorios como Impresora, regulador, escaner, UPS y el software que está instalado.
- 2) Para finales del año pasado se realizó un vaciado de información que se consideraba como no importante, se creó la carpeta para cada dependencia y se realizó copia de seguridad. Esta carpeta no es manejada por los diferentes usuarios de la forma debida. Se recomienda realizar una revisión y reglamentación.
- 3) Se tiene establecido que cada dependencia debe realizar copias de seguridad, pero no se están haciendo de acuerdo con lo establecido en el hospital.
- 4) Con respecto a los Programas de XENCO la oficina de control interno ha solicitado los manuales, pero nadie parece conocerlos.
- 5) 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.

2.3.1.1. Conclusiones.

- 1) 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) Se recomienda que se organice y se reglamente la carpeta denominada PUBLICA, ya que esta muy desorganizada y se publica información de carácter personal y privado y no se retira lo que ya fue utilizado. Cada usuario de esta carpeta debe tener claro que publica y actualizarla.
- 3) Realizar copias de seguridad periódicas de acuerdo con el procedimiento por parte del Técnico de sistemas y de cada uno de los jefes de dependencias y guardarlas por fuera de los equipos.
- 4) Se deben de solicitar al contratista los manuales y tener una copia bien sea física o digital de los programas de XENCO.
- 5) Se recomienda actualizar la resolución para delegar la rendición de cuentas a los entes de control por parte de la gerencia. Definiendo responsable, informe, fecha de rendición y entidad a la cual se debe rendir.

2.3.2. Informe de Procedimiento de Comunicación e Información:

- 1) **Oficina de Comunicaciones:** En la actualidad no se tiene un responsable del manejo de las comunicaciones y de la página web institucional ya que todo recae en la gerencia. Antes de elaborar el Informe de Índice de Transparencia Acceso a la información pública - ITA de conformidad con la ley 1712 de 2.014, esta presentaba un porcentaje de publicación de la información bajo. Esto se puede ver en el informe semestral que realiza la oficina de control interno.

La Evaluación tiene un total de 89 ítems a calificar divididos en 12 temas principales.
 - Del Total de las 89 preguntas se respondieron en forma afirmativa 49 para un porcentaje del 55.1%.
 - Del Total de las 89 preguntas se respondieron en forma negativa 23 para un porcentaje del 25.8%.
 - Del Total de las 89 preguntas se respondieron en forma parcial 17 para un porcentaje del 19.1%.

“Salud Integral para Todos”

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

2) **Se cuenta con unos Planes Estratégicos de:**

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Adoptado Resolución No 018 enero 2.020

Comunicación e Información – PETI Adoptado Resolución No 025 enero 2.020

Plan de Seguridad y Privacidad de la Información Adoptado Resolución No 131 julio 2.020.

a) Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI: Este formato de evaluación y seguimiento el cual cuenta con 6 políticas y 25 actividades, de las cuales presentan la siguiente ejecución a septiembre 30 de 2.020.

- Se han cumplido al 100% un total de 6 actividades que equivale al 24% del total de 25.
- Actividades cumplidas en un 50% y el 80% son 7 de un total de 25 que equivale al 28.0%.
- Actividades cumplidas entre el 1 y el 45 son 3 de un total de 25 que equivale al 12.0%.
- No se han cumplido 9 actividades que equivalen al 36.0%.

b) **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:** Plan establecido por ley 1474 de 2.011 el cual está basado en 5 políticas principales y un mapa de riesgos. 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 7 actividades

Para un total de 54 actividades a implementar de las cuales al corte al 31 de diciembre de 2.020 presentan la siguiente ejecución:

- Se han cumplido al 100% un total de 30 actividades que equivale al 55.5%
- En un 50% se han ejecutado 9 actividades que equivalen al 16.7%.
- No se han cumplido 15 actividades que equivalen al 27.8%.

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

a) Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 047 febrero 2.020 Este formato de evaluación y seguimiento consta de 6 aspectos críticos y un total de 12 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.020 presentan la siguiente ejecución:

- Se han cumplido al 100% 2 actividades que equivale al 16.7% de las 12 actividades
- Actividades cumplidas en un 50% y el 80% son 7 de un total de 12 que equivale al 58.3%
- Actividades a las cuales no se han ejecutado 3 de 12 que equivale al 25.0%

b) Plan de Gestión Documental – PDG. PINAR. Adoptado Resolución No 046 febrero 2.020.

Este formato de evaluación y seguimiento consta de 6 etapas, 13 procedimientos y un total de 77 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.020 presentan la siguiente ejecución: Se tiene 8 actividades no se ha vencido la fecha de ejecución que equivale el 10.4% y las restantes 69 actividades son el 89.6% las cuales presentan la siguiente ejecución Se han cumplido al 100% un total de 25 actividades que equivale al 32.5% de las 77 actividades. Pero de las 69 cumplidas es el 36.2%:

- Actividades cumplidas en un 50% y el 80% es 12 de un total de 77 que equivale al 15.6%. Pero de las 69 cumplidas es el 17.4%

“Salud Integral para Todos”

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.

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

hospitalconcordia@gmail.com

Nit 890907297-3

- Actividades cumplidas entre 1 y el 49% se han ejecutado 3 actividades que equivalen al 3.9%. Pero de las 69 cumplidas es el 4.3%
- No se han cumplido 29 actividades que equivalen al 37.6%. Pero de las 69 cumplidas es el 42.0%.

2.3.2.1. Recomendaciones.

1. Se hace necesario que cada uno de los jefes de cada área del Hospital le entreguen en formato PDF al responsable de subir la información, los documentos que deben ser montados a la página web institucional para dar cumplimiento con la norma.
2. Se hace necesario informar a la comunidad sobre la existencia y el manejo de página web institucional, con el fin de que tengan una mayor interacción con el Hospital.
3. Se debe fortalecer el manejo de los correos internos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia ya que esta es el canal oficial para el manejo de la información interna.
4. Se hace necesario asignarle a un funcionario del Hospital las funciones de manejo de la página web institucional con el fin de fortalecerla.
5. Se debe asignar en el presupuesto de esta vigencia o de la próxima vigencia una partida presupuestal para implementar la dimensión de comunicación e información del MIPG.
6. Socializar el Plan Anticorrupción en los diferentes grupos primarios para que realicen las correcciones, cambios y ajustes que sean necesarios.
7. Realizar una reunión con jefes de dependencia para dejar en concreto el Plan Anticorrupción para el 2.021. Ya que este debe ser publicado antes de finalizar el mes de enero de 2.021.
8. 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.
9. 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.
10. Comenzar con la elaboración de las TVD.
11. Realizar las jornadas de capacitación sobre los diferentes temas de la gestión documental.
12. Estandarizar los diferentes documentos en la entidad.
13. Continuar con la organización del fondo acumulado del hospital.
14. Socializar el proceso de Gestión de la información a los empleados.

2.4. Proceso de Gestión de Talento Humano - GTH

Responsable:	Subgerencia Administrativa
Objetivo:	Administración integral del Talento Humano, regulando el Ingreso, Desarrollo y Retiro de los servidores públicos de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, a través de un buen clima laboral, el mejoramiento continuo de sus competencias, las destrezas y habilidades y la evaluación, bajo los principios de igualdad, mérito, eficacia, transparencia, y legalidad, que ayuden al logro de los objetivos institucionales, optimizando la prestación de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Documentación:	Manual de procedimientos, Hojas de vida funcionarios activos, Planes estratégicos de talento Humano, SIGEP, Calificación de funcionarios de carrera, inscripción ante la CNSC, planes de mejoramiento.

Informe:

1. **Planes estratégicos:** Se hace de forma trimestral la revisión a los planes estratégicos adoptados por las respectivas resoluciones y que presentan un formato con las actividades, responsable, fecha y observación. A continuación, presentamos el resultado de seguimiento a diciembre 31 de 2.020.

“Salud Integral para Todos”

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

- a) **Plan Anual de Vacantes.** Este formato de evaluación y seguimiento, presenta los siguientes avances:
 - En la planta de cargos administrativos se presentaron 3 vacantes al 1 de enero del 2.020 y al 31 de diciembre de 2.020 solo se tiene dos vacantes sin proveer con concurso ya que la personas que fueron escogidos en la lista de elegibles no cumplieron con los requisitos para el cargo. Las personas están nombradas en provisionalidad y hay una persona nombrada pero no ha sido evaluada.
 - Para la Planta de cargos asistenciales son 10 cargos vacantes o en provisionalidad y se ocuparon 8 cargos de médicos y se tiene vacante la técnica de rayos X y falta nombrar un médico.
- 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.
- c) **Plan Estratégico de Talento Humano – PETH:** Este formato de evaluación y seguimiento cuenta de 4 etapas, 17 categorías y un total de 68 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.020 presentan la siguiente ejecución:
 - Se han cumplido al 100% un total de 34 actividades que equivale al 50.0% de las 68 actividades
 - Actividades cumplidas en un 50% son 9 de un total de 68 que equivale al 13.2.%.
 - Actividades cumplidas en un 75% son 6 de un total de 68 que equivale al 8.9.%.
 - En un 25% o menos se han ejecutado 4 actividades que equivalen al 5.9%.
 - No se han cumplido 15 actividades que equivalen al 22.0%
- d) **Plan Institucional de Capacitación – PIC:** Este formato de evaluación y seguimiento cuenta con 73 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.020.
 - Capacitaciones con un cumplimiento del 100% se han ejecutado 15 actividades que equivalen al 20.5%.
 - Capacitaciones que no presentan ejecución 0% son 58 que equivale al 79.5%.
- e) **Plan de Incentivos Institucionales y Bienestar social:** Este formato de evaluación y seguimiento cuenta con 13 actividades las cuales presentan el siguiente avance al 31 de diciembre del 2.020.
 - Se ejecutaron totalmente 4 actividades de 13 que equivale al 30.8%%
 - No se ejecutaron 8 actividades de 13 que equivale al 61.6%
 - Se han ejecutado parcialmente 1 actividad de 13 que equivale al 7.7%
- f) **Plan del Sistema de Gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo – SG- SST:** El 16 de diciembre de 2.020 se realizó la evaluación del SG-SST donde arrojó un resultado del 93% el cual se considera muy bueno. Además, se presentó el plan de mejoramiento. También se realizó el reporte de autoevaluación de estándares mínimos del SG-SST.

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

2. **Evaluación de los funcionarios de Carrera:** En el mes de enero de 2.020 se realiza por parte de la subgerencia administrativa una capacitación a los jefes de áreas sobre el manejo de la nueva plataforma de la CNSC sobre la evaluación de personal de carrera y se les determina sus usuarios con el fin de que se pueda realizar el proceso de evaluación.
 - a) Para el mes de febrero se puede evidenciar que se realizó el proceso de establecimiento de objetivos para la vigencia 2020 a enero de 2021. Se evidencia que hay algunos formatos sin firma de algunos empleados.
 - b) En el mismo mes de Febrero de 2020 de se realiza la calificación final del periodo 2.019 a 2.020 y no se presentan calificaciones insatisfactorias, faltan firmas en los formatos y no se observan planes de mejoramiento.

“Salud Integral para Todos”

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

- c) Para el mes de abril se observa el cambio de subgerente administrativa y se evidencian los formatos con las respectivas evaluaciones parciales del periodo de febrero a julio de 2.020.
- d) En el mes de abril entra una nueva subgerente administrativa la cual debía evaluar el periodo entre abril y julio de 2.020 y no se realizó. Luego debía realizar una evaluación parcial del mes de agosto se evidencia la evaluación, pero en un formato definitivo y no parcial y están sin firma.
- e) No se evidencia la evaluación parcial del mes de septiembre de 2.020 en el cual estuvo la Dra Yolanda.
- f) En la actualidad se presentan novedades de personal de carrera, las cuales deben ser notificados a la CNSC.
- g) También falta por registrar algunos funcionarios como Adriana Jiménez F., Carlos Arturo Agudelo A, Daniela Castaño A, Ester Fanny Zea G y Yamith Patiño P.

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 hojas de vida de los funcionarios que falta en algunos de ellos los formatos de hoja de vida y de declaración de bienes y otros se encuentran sin firmas.
 - b) Los contratistas vienen presentando la hoja de vida y declaración de bienes en el formato viejo y en algunos casos sin firma y se evidencia que elaboran mal la declaración de bienes.
4. **Informe del Clima laboral:** Se tiene un estudio del año 2.019 realizado por el comité de convivencia laboral el cual no ha sido socializado ni implementado. Se hace necesario retomar este tema.
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 no se ha socializado e implementado a medias.
 - a) Se está utilizando un formato para la inducción desactualizado y no queda evidencia en la hoja de vida
 - b) Desconocimiento de los funcionarios del manual de inducción y reinducción del Hospital.

2.4.1.1. Recomendaciones.

1. Elaborar los planes estratégicos de talento humano en los primeros días del mes de enero de 2.021, adoptarlos mediante resolución y publicarlos. Deben ajustarse al nuevo Plan de Desarrollo.
2. Revisar las actividades que no se cumplieron en los planes estratégicos de talento humano, mirar por qué no se cumplió y replantearlas para el nuevo plan.
3. Realizar los planes de mejoramiento del seguimiento a los planes de estratégicos de talento humano y presentarlos a control interno.
4. Capacitar al nuevo Subgerente Administrativo sobre el nuevo sistema de evaluación de carrera y aquellos jefes que tengan personal a cargo que tengan dudas.
5. Cambiar el usuario y la contraseña del Subgerente Se hace necesario retomar este tema te administrativo y reasignar las nuevas claves en la plataforma de la CNSC.
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.

“Salud Integral para Todos”

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

9. Realización del plan de trabajo y presupuesto para el año 2021, de acuerdo a las necesidades encontradas en la autoevaluación según la resolución 0312 de 2020 y la priorización de los riesgos generada en la matriz de identificación de riesgos y peligros realizada en julio 2020.
10. Gestionar la realización de la batería de riesgo psicosocial cumpliendo con la resolución 2646 de 2008.
11. Gestionar la realización de las evaluaciones medicas ocupacionales a toda la población trabajadora.
12. Dentro del ausentismo para el año 2021 se debe incluir el ausentismo que pueda ocurrir en los contratistas, estudiantes y personal con contrato por prestación de servicios.
13. 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.
14. Se hace necesario retomar el tema de clima laboral y solicitarle colaboración a la ARL Colmena.
15. Utilizar el nuevo formato para la realización de la Inducción a los nuevos funcionarios.
16. Capacitar a los funcionarios en el tema de inducción y reinducción.

2.5. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros - GBS:

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

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

Con respecto a los medicamentos y su fecha de vencimiento: Se tiene un listado con corte al 29 de diciembre de 2.020 el cual presentó las siguientes inconsistencias:

- a. De 301 referencias de medicamentos revisados a 30 de diciembre de 2.020 con un costo de \$ 85.567.469. Se evidencia que 61 productos presentaron diferencias, tanto negativas como positivas. Esto equivale a un 20.26% del total. Con respecto al inventario de octubre de 2.020 se presentó una disminución de 22 en los productos que tuvieron diferencia, pasando de 83 en junio a 61 en octubre lo que equivale en un 26.5%.
- b. De esas 61 referencias que presentaron diferencia a favor o en contra, se encontró que 45 de ellos presentaron diferencias positivas equivale al 73.7% y 16 medicamentos con diferencias negativas que equivale al 26.3%.
- c. El costo de los 45 productos sobrante fue de \$ 783.458 y el costo de los 16 productos faltantes fue de \$ 66.774.
- d. Se debe mirar con la Regente de Farmacia porque se están dando saldos mayores en el conteo físico que lo que se tiene registrado en el sistema y por lo tanto se hace necesario ingresar a estos 45 medicamentos las diferencias positivas. Pero de estas 45 referencias 9 de ellas presentan diferencias mayores a 100 unidades que equivale al 20%. y entre las 16 referencias con saldo negativo se presentó 1 con un saldo mayor a 100 unidades.

“Salud Integral para Todos”

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

- e. Se puede estar presentando posibles inconsistencias y errores en la digitación de las facturas en el sistema de Farmacia - XENCO ya que en la mayoría de los medicamentos que presentaron diferencias, tenían en el conteo un número mayor de medicamentos. También puede ser que se estén entrando medicamentos sin una factura de soporte.
- f. 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.

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 2.020.
- 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.

2.5.2. Con respecto a los Bienes de Consumo (Almacén): Se tiene un listado con corte al 29 de diciembre de 2.020. El cual está clasificado en 6 grupos así: Equipos, Papelería, Aseo y lavandería, Material médico quirúrgico, Mantenimiento y Ropería, revisando un total de 441 referencias discriminados de la siguiente forma y los cuales presentaron las siguientes inconsistencias así:

- a. Los Bienes de mantenimiento se revisaron 27 elementos y un valor total del inventario de \$ 4.324.571 pesos y se presentaron 4 inconsistencias para un porcentaje del 14.8%.
- b. Los Bienes de Aseo y Lavandería se revisaron 48 elementos y un valor total del inventario de \$ 6.339.207 pesos, y se presentaron 5 inconsistencias para un porcentaje del 10.4%.
- c. Con respecto al Material de Ropería se revisaron 14 elementos y un valor total del inventario de \$ 6.029.397 pesos, de los cuales se presentaron 2 inconsistencia para un porcentaje del 14.3%
- d. Los Equipos se revisaron 25 elementos y un valor total del inventario de \$ 9.613.018 pesos y se presentaron 5 inconsistencias para un porcentaje del 20%
- e. El Materia Médico Quirúrgico se revisaron 190 referencias y un valor total del inventario de \$ 32.834.550 pesos, de los cuales se presentaron 27 inconsistencias para un porcentaje del 14.2%:
- f. La Papelería de oficina con 137 elementos revisados y un valor total del inventario de \$ 10.982.898 pesos, se presentaron 18 inconsistencias para un porcentaje del 13.1%.

2.5.2.1. Recomendaciones

- Realizar los ajustes antes mencionados y volver a tirar el listado de inventario con corte al 31 de diciembre de 2.020.
- Se recomienda que no se ingresen elementos al almacén solo con la factura sin que el proveedor los haya entregado.
- Siempre que se realice la entrega o salida de elementos del almacén se debe realizar la respectiva orden de alta y baja.
- Llevar un estricto control al procedimiento de préstamo de material médico quirúrgico a farmacia, hospitalización y urgencias.
- Se recomienda organizar por paquetes las hojas preimpresas con las diferentes hojas de control que se manejan en los diferentes servicios.
- Realizar al plan anual de adquisiciones los respectivos ajustes y control, puede ser de forma trimestral y actualizarlo en el SECOP.
- Se puede evidenciar que el espacio físico del almacén se está quedando pequeño para el manejo de los elementos, ya que se encontró en varias partes del hospital elementos.

“Salud Integral para Todos”

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

- Se debe realizar el plan de mejoramiento de los hallazgos encontrados en la auditoría por parte del responsable de los inventarios y entregar lo a la oficina de control interno dentro de los 5 días siguientes de recibido el informe.
- El comité de control interno se encargará de realizar el seguimiento a dicho plan de mejoramiento.

2.5.3. Inventario de los Bienes muebles e inmuebles (Activos Fijos). En el hospital se tiene un Módulo de XENCO para el manejo de los Activos Fijos el cual es gestionado por la Auxiliar Administrativa de Almacén.

La Oficina de Control interno junto con la Auxiliar Administrativa de almacén en 2.018 realizaron el proceso de actualización y plaqueo de todos los activos fijos de la entidad y luego esta información se pasó al contador y al Sr Carlos Sánchez para que se subieran al Programa de Activos Fijos y realizaran la depreciación y cargue a la contabilidad. Esta tarea fue realizada.

Luego en el mes de marzo del 2.019 se entregó a cada una de los responsables de los bienes una copia de su inventario con el fin de que lo revisaran y para que supieran que bienes estaban bajo su responsabilidad.

Para el mes de mayo del 2.019 se realizó la elaboración de una resolución dando de baja unos bienes de las diferentes dependencias y del programa de activos fijos. Se evidencia el formato por cada una de las dependencias donde se dieron de baja los bienes que se encontraban malos.

Luego se realiza una auditoría por parte de control interno donde el principal hallazgo es el siguiente.

- 1) **“No se tiene en la entidad una adecuada identificación de los activos fijos”.** Para el mes de noviembre se debe adoptar la política de manejo de inventarios y socializarla con el fin de que el 1 de enero del 2.020 se arranque con el procedimiento establecido.

Todos los activos fijos deben estar organizados, registrados, depreciados y valorizados, con el fin de que sean montados en el programa de activos fijos de XENCO es muy importante que el contador realice todos los ajustes y se le notifique a la empresa para que organice el módulo de activos fijos y se puedan realizar los ajustes. La fecha para esta actividad es el 30 de noviembre de 2.019.

- 2) Para el 2.020 la oficina realiza una revisión de los activos fijos de cada una de las dependencias el cual está en proceso debido a diferentes dificultades que se ha tenido para su realización. Encontrándose lo siguiente:
 - ❖ Pero se puede evidenciar que todavía existen bienes en mal estado en las dependencias que no deben estar cargados a su inventario.
 - ❖ Bienes que no están plaqueados.
 - ❖ Bienes que están en el listado de inventarios pero que no están en físico en la dependencia o el caso contrario bienes que están en la dependencia pero que no han sido cargados en el módulo de activos fijos.

2.5.4. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros – GBS, aprobado por la junta directiva mediante acuerdo No 012 de 2019 y adoptado mediante resolución No 307 de 2019, fue publicado en la pagina web institucional y el jefe de control interno lo socializo con la subgerente y la auxiliar administrativa de esa fecha.

2.5.4.1. Recomendaciones.

- 1) Se hace necesario realizar una socialización del proceso de gestión de bienes a los funcionarios.
- 2) Implementar el procedimiento en las diferentes áreas del Hospital.
- 3) El líder del proceso debe conocer mejor el proceso y ejecutar las diferentes actividades como riesgos, indicadores y formatos entre otras.

“Salud Integral para Todos”

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

2.5.5. Plan Anual de Adquisiciones: Adoptado Resolución No 017 enero 2.020. El seguimiento se realiza mediante la evaluación de la ejecución presupuestal con corte a diciembre de 2.020 y se evidencia un adecuado cumplimiento del plan.

2.5.5.1. Recomendaciones.

- 1) Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan anual de adquisiciones del 2021 de acuerdo con el nuevo plan de desarrollo y actualizarlo en el SECOP.
- 2) En el 2020 se realizó una capacitación a varios funcionarios del Hospital sobre el manejo del SECOP II con el fin de que sea implementado el próximo año.

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 aprobado por el Acuerdo de la Junta directiva No 019 de 2.019 y adoptado mediante la resolución No 348 de 2.019.

La oficina de control Interno con el acompañamiento de la Auxiliar Administrativa de Almacén se comenzó el proceso de revisión de las diferentes áreas del hospital, el cual está en proceso debido a diferentes dificultades que se ha tenido para su realización. Se tienen fotos con las evidencias de los requerimientos de mantenimiento en las diferentes áreas.

La oficina de control interno realizó el cargue de los inventarios de equipos médicos y biomédicos a la seccional de Salud de Antioquia.

2.6.1. Recomendaciones:

- 1) Recordar a la Subgerencia Administrativa que debe asignar una partida presupuestal para el 2.021 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 2.021 de acuerdo con el nuevo plan de desarrollo y enviarlo a la seccional de salud de Antioquia.

2.7. Proceso de Control de Gestión - COG:

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

“Salud Integral para Todos”

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

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 esta publicado en la página web institucional y socializado con el comité de control interno.

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 016 de enero del 2.020.

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

A diciembre 31 de 2.020 se tiene el siguiente avance del Plan Anual de Auditorías Internas a los diferentes procesos administrativos: Mirar el formato de seguimiento.

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

NOMBRE DEL PROCESO Y/O ACTIVIDAD A AUDITAR	MESES DEL AÑO 2.020												Nro. Total de Auditorias Programadas	Nro. Total de Auditorias Realizadas
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		
AUDITORÍA POR PROCESOS														
Contratación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12	12
Direccionamiento Estratégico	x			x			x			x			4	4
Organización Jurídica											x		1	0
Gestión de Bienes y Suministros			x			x						x	3	2
Gestión del Talento Humano			x				x		x				3	1
Gestión Financiera	x			x			x			x			4	4
Gestión de Información						x						x	2	1
Servicio Farmacéutico			x			x			x			x	4	3
Mantenimiento Hospitalario					x					x			2	1
Servicios Generales				x				x					2	0
Plan de Gestión de Residuos PGIRS			x						x				2	0
SG-SST	x					x						x	3	2
Arqueos Caja Menor			x		x			x			x		4	2
Planes Estratégicos del MIPG	x			x			x			x			4	4
Mapas de riesgos procesos		x			x			x			x		4	4
Control de Gestión Plan de mejoramiento		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	11
TOTAL DE AUDITORÍAS PROGRAMADAS POR MES	5	3	7	6	5	6	6	5	5	6	5	6	65	51
TOTAL DE AUDITORÍAS EJECUTADAS POR MES	5	3	4	5	4	4	5	3	3	5	4	6	51	51
EL TOTAL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS EN 2.020														78.46%

“Salud Integral para Todos”

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

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.

No se conoce por parte de la oficina de control interno los respectivos planes de mejoramiento de las auditorías realizadas en el 2.020.

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 2.021 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.

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 el mes de Febrero de cada año.
- ❖ 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.

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 Auditoría de la Contraloría General de Antioquia- CGA vigencia 2.019: La Contraloría General de Antioquia practico en el año 2.020 la Auditoria Especial de Gestión a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, sobre la base de pruebas selectivas, de evidencias y documentos que soportan el proceso auditado y el cual arrojo los siguientes resultados:

Tipificación de Hallazgos vigencia 2.019 realizada en el 2.020.

Tipo de Hallazgo	Cantidad
Administrativos	2
Disciplinarios	2
Penales	0
Fiscales	1
Total	5

“Salud Integral para Todos”

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

2.7.4.1. Resumen de los Hallazgos

Hallazgo No 1 Contratación: Revisado el contrato de Obra Pública No 079-2019 suscrito entre la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia y la empresa I.C. ALZATE S.A.S. cuyo objeto es la Remodelación de los consultorios de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluida el área de vacunación, según propuesta económica presentada el 4 de junio de 2019 por un valor inicial de \$ 187.932.563, con un plazo de ejecución inicial de 3 meses calendario, fecha de inicio de 10 de junio de 2019 y que para la fecha de la auditoría regular, se encuentra terminado y liquidado. **Disciplinario y Fiscal.**

Hallazgo No 2 Contrato de Prestación de Servicios: La E.S.E Hospital San Juan de Dios, contrato a través de ordenes de servicio a nombre del contratista Carlos Mario Londoño Espinosa, conforme se muestra en el valor contratado ascendió a \$ 36.669.000, que según el numeral 2 del artículo 29 del manual de contratación adoptado por la entidad, dicha cuantía se debería celebrar a través de un contrato con formalidades plenas. Denota inobservancia, además, a los principios contenidos en el numeral 3 del mismo manual. **Administrativo.**

Hallazgo No 3 Contrato de Prestación de Servicios: La E.S.E Hospital San Juan de Dios, contrato a través de ordenes de servicio, actividades que acorde con los principios de la función Administrativa, ameritan la celebración de un contrato con el cumplimiento de requisitos plenos, pues estas, al ser reiterativas y con un mismo contratista se convierten en una necesidad permanente, la cual amerita un proceso de contratación, en el cual se evalúan riesgos y en algunos casos, la exigencia de pólizas. **Administrativo.**

Hallazgo No 4 Gestión financiera: A diciembre 31 de 2019, la entidad registró una deuda a favor de la Secretaría de Hacienda del Departamento de Antioquia por valor de \$ 89.376.691, por concepto de estampilla pro hospital, no obstante, el informe resultante de auditoría a la vigencia de 2018, se dejó un hallazgo por el mismo concepto en cuantía de \$ 54.094.498, el cual fue tipificado con **Disciplinario.**

Nota: Se realizó el plan de mejoramiento de la Auditoría Especial de Gestión de la vigencia del 2019.

2.7.5. Informe de la Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones PQRSDF para la vigencia del 2020. De acuerdo con lo establecido en la norma en la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, se tiene establecido diferentes medios para realizar este procedimiento, como son la oficina de atención al usuario que recibe la queja de forma directa, los buzones de sugerencias, vía internet mediante la página web institucional y por correo.

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

Cuadro No 5. Resultado de las PQRSDF recibidas por servicios en el año 2.020.

Actividad o dependencia	Total					Total
	P	Q	R	S	F	
De asignación de citas		5				5
Del servicio de urgencias		15				15
De Hospitalización						
De la consulta medica		4		1		5
De Farmacia		2				2
De Odontología						
De Rayos X						
De acciones de P y P		1				1
De Laboratorio						
De Servicios Ecografías						
De área Administrativa						
Otras: Cuales Enfermería y Médicos					2	2
GRAN TOTAL 2.020	0	27	0	1	0	30
PORCENTAJE % EN 2.020	0.0%	90%	0.0%	3%	7%	100%

2.7.5.1. Motivos más frecuentes para las PQRS.

- En Farmacia, solicitan atención preferencial, entregar todos los medicamentos completos, faltantes y solucionar el problema que hay con las filas que hay que hacer tan largas para reclamarlo.
- Muy demorada la atención en urgencias cuando ingresan al triaje, mejorar la oportunidad en la atención, una auxiliar sin tapabocas y la calidad humana en el servicio.
- En Admisiones no contestan el teléfono o se demora mucho y la mala atención de los funcionarios.
- En Consultas médicas se solicitan oportunidad en la asignación de la cita, mejorar la atención preferencial, calidad humana y que atiendan a la hora que les asignaron la cita.
- En el servicio de promoción y prevención, no está de acuerdo con la forma de verificar si la persona si requiere el medicamento de planificación, cuando este no es reclamado a tiempo

2.7.5.2. 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.

“Salud Integral para Todos”

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

- 3) 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.

2.7.6. Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

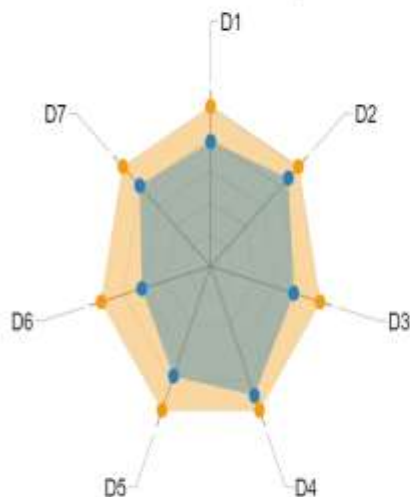
En el año del 2.017 se crea el comité de Planeación y Gestión de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1499 de 2.017.

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 2.019 y 2.020 se realizaron los debidos planes de acción los cuales fueron publicados en la página web institucional. La oficina de control interno realiza el seguimiento a las actividades programadas en el plan de acción.

II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado



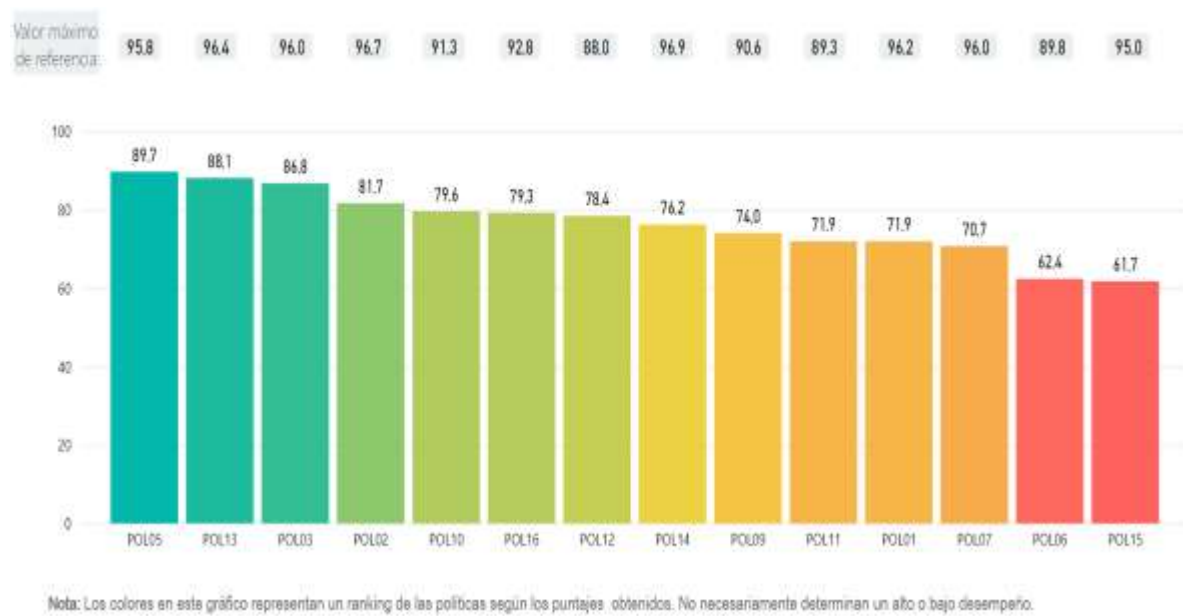
Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	76,5	98,0
D2: Direccionamiento Estratégico y Planeación	86,8	98,0
D3: Gestión con Valores para Resultados	74,4	98,0
D4: Evaluación de Resultados	88,1	98,0
D5: Información y Comunicación	74,8	98,0
D6: Gestión del Conocimiento y la Innovación	61,7	98,0
D7: Control Interno	79,3	98,0

Nota: Para el filtro o consulta de una sola entidad, el máximo corresponden al puntaje máximo obtenido por entidades del grupo par al que pertenece la entidad objeto de consulta. Para los demás filtros, estos valores corresponden al puntaje máximo del total de entidades del orden territorial.

“Salud Integral para Todos”

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

Resultado de las Políticas de MIPG de 2.019



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

I. Resultados generales



“Salud Integral para Todos”

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

Política de control interno



#	RECOMENDACIÓN
1	Establecer controles para evitar la materialización de riesgos contables.
2	Verificar que el plan anual de auditoría contempla auditorías al modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPi).
3	Analizar y tomar las medidas de mejora que contribuyan al fortalecimiento del clima laboral en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
4	Hacer seguimiento por parte del jefe de Control Interno a la apropiación de los valores y principios del servicio público, por parte de los servidores públicos.
5	Identificar factores asociados a la seguridad digital que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Darle al

2.7.6.1. Recomendaciones.

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

“Salud Integral para Todos”

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

- Implementar el proceso de gestión de bienes y servicios. Activos Fijos.
- Realizar el seguimiento a las PQRS y presentar un informe semestral al Gerente.
- Estandarización de los requisitos para las compras, la selección de los proveedores y definición de políticas para la evaluación de proveedores y para la verificación de los bienes y servicios comprados o contratados.
- Fortalecer la metodología para la medición de la percepción de los ciudadanos y socializar los resultados de dicha medición.
- Continuar con la documentación e implementación del plan de Auditorías Internas y de Calidad y formación de auditores internos de calidad.
- Continuar con la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

2.7.7. Los Indicadores de calidad: Estos son tenidos en cuenta para la evaluación de las diferentes dependencias durante la vigencia del 2.020 y que son otro de los insumos para la evaluación de la oficina de control interno.

Estos se revisan con los Cuadro de Control de Mando de Indicadores que tienen las siguientes dependencias publicados en una carpeta interna denominada Publica en la carpeta de Indicadores de Calidad 2.020:

- ❖ 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.

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 2.020 y presentar el informe final de auditoría al comité de control interno.
Documentos:	Cuadro de cuentas por pagar, cuadro de glosas, cuadro de cuentas por cobrar, presupuestos de ingresos y gastos, cuadro de facturación, boletines de cajas, conciliaciones, estados financieros, cuadro de caja menor y planes de mejoramiento.

2.8.1. Hallazgos:

1. En los aportes (No ligados a la venta de servicios de salud). Se tiene un convenio con el Municipio por \$ 45 Millones que no ha ingresado a la tesorería (bancos) del hospital
2. Los otros ingresos corrientes están presupuestados \$ 25.470.460 (Aprovechamientos) pero el recaudo a septiembre 30 es de \$ 2.928.595 el cual es demasiado bajo. Con un cumplimiento del 7.9%. Fortalecer la gestión para incrementar los ingresos.

“Salud Integral para Todos”

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

3. Los ingresos de capital están presupuestados en \$ 349.080.021 millones de recuperación de cartera de vigencias anteriores al 2.018, y su recaudo según reconocimientos a septiembre 30 es de \$ 5.981.674 millones con un cumplimiento del 1.7% es cual es demasiado bajo. **Fortalecer la gestión de cobro de cartera.**
4. Los Gasto presenta una ejecución dentro de lo normal
5. Al corte de septiembre 30 de 2.020 se presenta unas CxP distribuidas en 120 clientes con un saldo de \$ 1.053 millones: En este valor no está incluido el pago de las estampillas que se adeudan al departamento y el municipio.
6. Hay 6 clientes a los cuales se les adeuda en total \$ 567 de un total de CxP de \$ 1.053 millones que representa el 53.8%
7. En las CxP con corte a septiembre 30 tenemos 26 exfuncionarios a los cuales se les adeudan su liquidación u otros pagos por un valor total de \$ 229 millones que equivale con respecto al total en un 21.74%. Pero lo más delicado es que se tienen 21 exfuncionarios que tienen unas CxP por valor de \$ 176 en el rango de más de 180. Es muy Importante realizar el pago lo antes posible. **También se puede observar que faltan algunas liquidaciones de exfuncionarios por causar,** como por ejemplo las dos subgerentes.
8. Se tiene CxP con los empleados del Hospital de \$ 343. millones de la nómina \$ 149 millones, con vencimiento de 1.a 30 días, de \$ 145 millones con un vencimiento de 181 a 360 días y de \$ 49 millones de CxP de más de 360 días. Estas CxP Representan el 32.6% del total de las CxP.
9. Son 44 clientes que suman unas CxP de \$ 932 millones y que representan el 88.5% del total de las cuentas por pagar de \$ 1.053 millones, si se realizan los pagos a estos clientes se tendrá un efecto muy positivo en la disminución, pero se debe seguir con la política de pagar lo más vencido primero.
10. También se puede observar que las CxP se vienen aumentando el valor en la cartera de más de 180 días y comparando el primer semestre del 2.019 con el mismo periodo del 2.020 se puede registrar un incremento de 28%.
11. Del valor total de la cartera a septiembre 30 de 2.020 por \$ 2.121.673.707 millones repartida en 85 clientes, se puede observar que 30 clientes con un saldo mayor a \$ 5 millones, presentan unas CxC de \$ 2.013.500.213 millones que equivale al 96.95% del total. De acuerdo con lo antes expuesto se deben de establecer las medidas para realizar un cobro efectivo de estos 30 deudores lo cual tendría un impacto muy importante en el saldo total de cartera.
12. Del valor total de la cartera a septiembre 30 de 2.020 por \$ 2.121.673.707 millones repartida en 85 clientes, se puede observar que 30 clientes con un saldo mayor a \$ 5 millones, presentan unas CxC de \$ 2.013.500.213 millones que equivale al 96.95% del total. De acuerdo con lo antes expuesto se deben de establecer las medidas para realizar un cobro efectivo de estos 30 deudores lo cual tendría un impacto muy importante en el saldo total de cartera.
13. Se evidencia que se tienen unos saldos con vencimiento de más de 360 días en 3 entidades que están en proceso de liquidación, como son Cafesalud con un saldo de \$ 154.7 millones, Saludcoop con \$ 33 millones y Caprecom \$ 6.3.

“Salud Integral para Todos”

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

14. Se observa que se viene cumpliendo en forma parcial con el pago al Municipio con el acuerdo de la deuda de las estampillas. Se recomienda en lo posible cumplir con el acuerdo de pago. Pero no se está pagando la estampilla al departamento. Se recomienda hacer acuerdo de pago.
15. Continuar dando la respuesta a las glosas por el personal del Hospital de acuerdo con la norma y mirar que se presentó una glosa con daño patrimonial la cual debe ser analizada

2.8.2. Recomendaciones.

- a. Pero se hace necesario tomar medidas que permitan una efectiva intervención sobre la cartera morosa del Hospital.
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. Se recomienda que se elaboren las liquidaciones del personal que ha salido de la institución y se causen para tener datos más reales de las CxP.

3. ANEXOS:

- 1) Cuadros de la Evaluación del Plan de desarrollo Institucional del 2.020
- 2) Informe de Auditorías Internas de los procesos administrativos del 2.020.
- 3) Informe de la oficina de atención al usuario del 2.020
- 4) Cuadro con los contratos de 2.020.
- 5) Informe de la Contraloría general de Antioquia del 2.019
- 6) Informe y auditoria del SG-SST del 2.020.
- 7) Resultados del FURAG II del DAFP.
- 8) Cuadros de mando de los indicadores de calidad de los diferentes servicios.
- 9) Cuadro con la programación de los comités.

JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA
Asesor de Control interno.

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