



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

# **INFORME DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR PROCESOS DE 2.022.**

## **SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

Versión 6.0

CONCORDIA, Febrero 7 de 2.023



**DOCTOR. JOAQUÍN ALBERTO ALVAREZ MONSALVE**

Gerente de la Empresa Social del Estado

**SEÑORA CATALINA SANCHEZ GRANADOS**

Subgerente Atención al Usuario

**SEÑOR. JAIME ANDRES MONTOYA ARTEAGA**

Subgerente Administrativo

**SEÑOR. JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA**

Asesor de Control Interno

**DOCTORA ANA MARIA GONZALEZ ESCOBAR**

Odontóloga

**SEÑORA. GLORIA MARÍA LONDOÑO GIRALDO**

Profesional Universitaria del Área de la Salud

**SEÑORA. JULIANA ANDREA CADAVID MESA**

Enfermera

**SEÑOR. SEGIO ADRIÁN AGUDELO ALZATE**

Enfermero

**SEÑORA. RAQUEL ROMERO ANAYA**

Regente de Farmacia

**SEÑORA. CLAUDIA ORTIZ OSPINA**

Auxiliar Administrativa SIAU

**SEÑORITA. LUZ ALEIDA BETANCUR TOBON**

Secretaria



## TABLA DE CONTENIDO.

Introducción	04
1. ASPECTOS GENERALES	05
1.1. Normatividad	05
1.2. Objetivo de la Evaluación	05
1.3. Objetivos Generales	06
1.4. Alcance	06
2. METODOLOGÍA	06
2.1. Evaluación del Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE	07
2.1.1. Informe de Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional y Operativo	07
2.1.2. Informe de Seguimiento al Plan de Gerencial	13
2.1.3. Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión	14
2.1.4. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos	14
2.1.5. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales	16
2.2. Proceso de Contratación	17
2.3. Proceso de Gestión de Información	20
2.4. Proceso de Gestión de Talento Humano	22
2.5. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros	25
2.6. Proceso de Mantenimiento Hospitalario	30
2.7. Proceso de Gestión de Control	31
2.8. Proceso de Gestión Financiera	38
3. ANEXOS	40



### CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0	2017	Creación del documento.
2.0	2018	<p>Se actualiza la versión uno del documento, en la versión No 02 de 2018. En los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Se tiene en cuenta el informe consolidado de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones.</li> <li>• Se tiene en cuenta Plan Anual de las auditorías internas y sus y el cumplimiento a los planes de mejoramiento.</li> <li>• El Informe de auditorías de calidad PAMEC.</li> <li>• Informes de las auditorías al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST.</li> <li>• El Informe de la auditoría de la Contraloría General de Antioquia.</li> <li>• El manejo de los diferentes indicadores de gestión del plan de desarrollo y los indicadores de calidad.</li> <li>• Se tiene en cuenta el seguimiento al sistema de costos.</li> <li>• 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.</li> </ul>
3.0	2019	Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
4.0	2020	<p>Se actualiza el capítulo 1 Aspectos generales el numeral 1.1 Normatividad vigente.</p> <p>Con respecto a los Indicadores de calidad se opta en esta versión que los indicadores se revisaran en forma digital en el sistema de información de la carpeta interna de publica.</p> <p>Se actualizan todos los cuadros en esta versión.</p>
5.0	2021	<p>Se actualizan todos los cuadros en esta versión.</p> <p>En la metodología se agrega la evaluación a los procesos</p>
6.0	2022	<p>Se cambia la Portada y el objetivo de la evaluación.</p> <p>Se actualizan todos los cuadros en esta versión.</p>



## INTRODUCCIÓN

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

El Asesor de Control Interno, procede a la elaboración del presente informe, tenido en cuenta para establecer el cumplimiento de los objetivos y de las metas Institucionales la información suministrada en el Proceso de Direccionamiento Estratégico y el de Control de Gestión. Para eso se basa en la evaluación Plan de Desarrollo Institucional 2021 – 2024 “Desarrollo Social con Calidad y Calidez”, al Plan Operativo Anual o de Acción, a la evaluación de la oficina de control interno de ley 1474, al resultado de la evaluación del sistema de control interno del FURAG mediante el Índice de Medición del Desempeño Institucional MIDI, al Plan operativo del Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG y el MECI, a las auditorías a los procesos internos y las de calidad PAMEC, al cumplimiento de los planes de mejoramiento y los indicadores de gestión que permiten realizar un análisis y el cálculo de las diferentes metas al finalizar el año, como resultado por parte de esta oficina se realizan algunas observaciones generales y se formulan recomendaciones de mejora, las cuales se espera sean tenidas en cuenta por cada uno de los responsables para la elaboración del Plan de Acción.



## 1. ASPECTOS GENERALES:

### 1.1. Normatividad.

- **Ley 909 de 2.004:** En su Artículo 39, inciso 2; Obligación de evaluar. El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.
- **Decreto 1227 de 2.005:** Artículo 52. El desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa deberá ser evaluado y calificado con base en parámetros previamente establecidos a partir de los planes anuales de gestión del área respectiva, de las metas institucionales y de la evaluación que sobre el área realicen las oficinas de control interno o quienes hagan sus veces, de los comportamientos y competencias laborales, habilidades y actitudes del empleado, enmarcados dentro de la cultura y los valores institucionales.
- **Decreto 1083 de 2.015:** Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Título 8º, Capítulo 1º Evaluación del Desempeño Laboral.
- **Acuerdo 565 de 2.016:** Capítulo II, Artículo 8º Responsables en el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral.
- **Acuerdo 816 de 2.016:** Capítulo I, Generalidades de la evaluación del desempeño Laboral. Artículo 1º: Conceptos. Numeral 1.10. **Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias.** Es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad respectiva. Se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas y es suministrada a los responsables de la evaluación por el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, constituyéndose en parte de la evaluación definitiva del empleado.
- **Acuerdo 6176 de 2.018:** Artículo 7º Compromisos de mejoramiento y Artículo 8º Calificación definitiva y el anexo técnico.
- **Circular 4 de 2.005:** del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.
- **Resolución No 028 de 2.021:** Adopción del Plan Anual de Auditorías Internas de 2.021.
- **Resolución No 199 de 2.019:** Adopción del Código de Ética del Auditor Interno.

### 1.2. Objetivo de la Evaluación.

Realizar evaluación de la gestión de los procesos, con el fin de que se tome como criterio evaluador a los acuerdos de gestión de los empleados del nivel gerencial, a los provisionales y a los de carrera administrativa, de lo cual la Oficina Asesora de Control Interno hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento y así poder alcanzar las metas y objetivos institucionales en el año 2022.



### 1.3. Objetivos Generales.

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

### 1.4. Alcance del Informe.

El presente informe de evaluación de la gestión por procesos que realiza la oficina de Control interno cada año involucra todas las dependencias y funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia – Antioquia y finaliza con la entrega del informe definitivo a la Gerencia y al Comité de Control Interno. Se realiza con base en las actividades de Auditoría y Seguimientos desarrollados en las diferentes dependencias y a los procesos durante el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2.022. Igualmente, describe los resultados obtenidos en el avance de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en cada una de sus siete (7) dimensiones, Resultado del Índice de Desarrollo Institucional- IDI de 2021 y en el seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST y a las evaluaciones y verificaciones relevantes realizadas por la oficina de Control Interno dentro de su Plan Anual de Auditorías Internas y el PAMEC.

## 2. METODOLOGÍA:

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

La oficina de Control Interno durante el período evaluado del presente informe, Realizó: Auditorías, evaluaciones, verificaciones, participación en las reuniones de algunos de los comités institucionales, visitas de seguimiento de las cuales emitió los respectivos informes, y por último las recomendaciones sugerencias con el fin de subsanar las deficiencias encontradas; así como la formulación de los Planes de Mejoramiento y su respectivo cumplimiento. Estas actividades se enmarcaron dentro de las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y de acuerdo con el Código de Ética del Auditor interno, relacionadas con el empleo del buen juicio en el examen realizado, se aplicaron técnicas tales como: Identificación, verificación, análisis, inspección, observación, cálculo y tabulación de la información recolectada, con el propósito de obtener evidencia suficiente, para la emisión de concepto técnico al respecto.

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

- 1) Evaluación al Proceso de Direccionamiento Estratégico – DIE: conformado por el seguimiento a las actividades del Plan de Desarrollo Institucional; los resultados de los indicadores de calidad; y el seguimiento a los comités institucionales, con corte a Diciembre 31 de 2.022.
- 2) El Segundo Anexo que se tiene en cuenta para la evaluación de la oficina de control interno para la vigencia del 2.022 son los formatos con el informe de las auditorías 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 2.022.
- 4) El Cuarto Anexo que se tiene en cuenta para el informe, es el cuadro de mando de los indicadores de calidad y los indicadores de gestión de cada una de las dependencias.
- 5) El Quinto Anexo es el informe de evaluación del sistema de control interno de ley 1474 de 2.011 y del Índice de Desarrollo Institucional - IDI sacados de la matriz del FURAG II.

Con base en la información antes mencionada se realiza el siguiente informe de gestión de la oficina de Control Interno del año 2022 con el fin de dar a conocer a la alta dirección el resultado de las metas, planes y actividades desarrollados en cada uno de los procesos:

<b>2.1. Evaluación al Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE</b>	
<b>Responsable:</b>	Gerente de la Empresa Social del Estado.
<b>Objetivo:</b>	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
<b>Documentos:</b>	Plan de Desarrollo Institucional 2.021 - 2.024 <b>Desarrollo Social con Calidad y Calidez</b> . Planes de acción, Plan Financiero, Planes Estratégicos, Indicadores, Plan Gestión Gerencial 2.020 – 2.024., Acuerdos de Gestión y sus evaluaciones, Actas de Comités, Planes de mejoramiento comités y cuadro programación de los Comités.

**2.1.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia del 2.022. Para esta evaluación se tienen en cuenta tres formatos de Excel así:**

- Evaluación del Plan de Desarrollo con corte al 31 de diciembre de 2.022.
- Cuadro Consolidado de los Objetivos del Plan de Desarrollo de 2.022.
- Cuadro de la Evaluación por Actividades del Plan de Desarrollo de 2.022.

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

**Cuadro No 1: Formato de Evaluación de los Objetivos del Plan de Desarrollo 2.022.**

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:	18 de Enero 2.022.
Objetivos del Proceso o de la Dependencia:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para la vigencia del 2.022. Evaluar 5 Líneas Estratégicas, 24 Objetivos y 456 actividades.</li> <li>2. Identificar los factores críticos de los procedimientos y actividades.</li> <li>3. Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>4. Evaluación del desempeño de los funcionarios de cada una de las áreas evaluadas.</li> </ol>		



**Cuadro No 2 Resumen de los Objetivos de la Evaluación del Plan Operativo Anual – POA 2022.**

Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos						% Cump. Total Obje.
		NA	0	1 - 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas	
1	Formular el Plan de Desarrollo Institucional, los Planes Operativos de Actividades, Acuerdos de Gestión Gerencial de cada vigencia y la plataforma estratégica de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	2	0	3	1	1	13	94,88%
2	Mantener el equilibrio financiero de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Antioquia para el periodo 2020 a 2024, con indicadores de liquidez y rentabilidad adecuados.	0	0	5	2	0	15	88,59%
3	Mejorar los procesos de facturación, gestión de glosas y recuperación de cartera de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	0	1	2	1	2	11	99,13%
4	Definir un plan de compras y contratación de bienes y servicios bajo los principios de pertinencia, prioridad, austeridad, economía y calidad, según el caso, de acuerdo con el Plan Anual de Compras, el Estatuto de Contratación y el Manual de Procesos y Procedimientos de Contratación de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	1	0	0	3	6	10	92,81%
5	Actualizar el Sistema de Costos Hospitalarios, con interface a contabilidad evitando incrementos desproporcionados en los costos de operación de la Empresa Social del Estado de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	6	0	0	0	0	0	0,00%
6	Gestionar la suscripción del convenio de concurrencia con la nación y el departamento para cubrir el pasivo pensional y de cesantías de la Empresa Social del Estado anterior al año 1.994	1	0	2	0	0	0	45,46%
7	Gestionar el saneamiento del sistema de aportes patronales recibidos de la nación por concepto de servicios de salud, pensiones, cesantías y riesgos laborales	0	0	1	1	2	0	77,52%
8	Mantener actualizados los inventarios de activos fijos y bienes consumibles para la prestación de servicios de salud.	0	3	0	0	0	7	97,32%
9	Fortalecer las política de defensa jurídica del Estado y de Riesgos Anticorrupción de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia, capacitando además a los funcionarios en el conocimiento y funciones del Estado.	2	9	2	2	0	4	39,66%
10	Obtener adecuados niveles de satisfacción de l@s clientes intern@s y extern@s de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para el periodo 2020 a 2024.	0	0	2	1	1	3	107,63%
11	Definir y desarrollar un proceso de participación de la comunidad en los diferentes espacios de interacción con la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia.	2	0	2	2	3	16	78,02%
12	Realizar las actividades misionales y asistenciales que se tienen contratadas con las diferentes EAPB, entidades del orden Nacional, Departamental y Municipal y/o que tienen definidas la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia Antioquia dentro de su portafolio de servicios.	0	6	10	13	7	22	104,65%



Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos						% Cump. Total Obje.
		NA	0	1 - 50	51 - 80	81 - 99	100 o mas	
13	Adelantar los procesos de Apoyo, Dirección y Gestión que complementan y desarrollan el mapa de procesos y la plataforma estratégica aprobados en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia.	0	9	9	10	7	11	67,54%
14	Mejorar las condiciones de bioseguridad disminuyendo el riesgo de l@s funcionari@s de enfermar por Covid-19 mediante una adecuada disposición de los residuos generados con ocasión de la prestación de servicios de salud en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia.	0	5	0	0	0	6	91,67%
15	Cumplir con la totalidad de estándares de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, condiciones técnico administrativas y condiciones técnico científicas del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.	0	0	0	1	0	5	96,02%
16	Avanzar en la implementación de los componentes del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA), Sistema de Información para la Calidad en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud y la Política de Seguridad del paciente en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia.	0	5	3	0	1	12	81,05%
17	Culminar la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), en todos sus componentes y realizar seguimiento a su desarrollo.	0	4	4	3	2	27	83,70%
18	Adelantar el Plan Institucional de Capacitación que permita fortalecer la prestación de servicios de salud con calidad y calidez en los diferentes unidades de servicios de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia.	0	1	4	2	1	3	39,52%
19	Elaborar y ejecutar el Plan de Bienestar Social e incentivos laborales para l@s funcionari@s de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para cada vigencia.	0	4	1	2	0	2	67,05%
20	Revisar, actualizar y ejecutar el Plan Estratégico de Talento Humano para l@s funcionari@s de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para cada vigencia.	3	5	3	2	0	12	74,59%
21	Elaborar y ejecutar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST para l@s funcionari@s de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia para cada vigencia.	1	3	5	2	0	8	78,06%
22	Formular e implementar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información que oriente la administración de las tecnologías de la información dentro de los lineamientos de gobierno en línea para la E.S.E. Hospital San Juan de Dios.	0	7	1	1	1	9	53,71%



Nro	Compromisos	% Cumplimiento de los Compromisos					% Cump. Total Obje	
		NA	0	1 - 50	51 - 80	81 - 99		100 o mas
23	Formular e implementar las actividades específicas que afecten a la creación, la recepción, la ubicación, el acceso y la preservación de los documentos en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios.	11	4	0	2	4	5	53,02%
24	Mantener en óptimas condiciones de funcionamiento y calibración los diferentes equipos biomédicos, de informática, muebles, enseres e infraestructura física de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios.	0	0	0	0	1	11	100,04%
<b>TOTAL DE ACTIVIDADES POR RANGOS 456</b>		<b>29</b>	<b>66</b>	<b>59</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>212</b>	
<b>PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>6,3%</b>	<b>14.47%</b>	<b>12,94%</b>	<b>11,1%</b>	<b>8,5%</b>	<b>46,4%</b>	

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

LINEAS ESTRATÉGICAS	% DE CUMPLIMIENTO
GESTIÓN FINANCIERA	92.40%
GESTION DE LA PARTICIPACION Y SATISFACCION DE LOS USUARIOS	86.05%
GESTION DE PROCESOS	101.40%
GESTION DEL DESARROLLO DE LAS PERSONAS.	70.01%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y SISTEMAS DE INFORMACION	73.21%
<b>%CUMPLIMIENTO DEL PLAN</b>	<b>90.58%</b>

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

### Cuadro de la clasificación de las actividades por rangos del 2022.

RANGOS	TOTAL DE COMPROMISOS	% TOTAL DE COMPROMISOS
0	66	14.47%
1- 50	59	12.94%
51 - 80	51	11.18%
81 - 99	39	8.55%
100 o mas	212	46.49%

NOTA: Se presentaron 29 actividades las cuales fueron aplazadas o no se tuvieron en cuenta en el 2022.

A continuación, presento un informe con las actividades por línea estratégica que no presentaron ningún cumplimiento en el año 2022 con el fin de establecer los aspectos a mejorar para dar cumplimiento a la actividad:



**Cuadro No 3 Compromisos Dejadoss de Realizar por Línea Estratégica y Objetivo**

Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
1	LE 01 OB 03 AC 06	Trasladar las glosas presentadas por las Entidades Responsables de Pago (ERP) a los funcionarios responsables de la respuesta.	Grupo directivo	No se tiene evidencia del traslado de la glosas al funcionario responsable
2	LE 01 OB 08 AC 08 -09 y 10	Formular planes de mejoramiento según los hallazgos de las auditorías al manejo de inventarios ejecutar las actividades y realizar el seguimiento al plan ..	Gerente y Junta directiva	No se evidencian planes de mejoramiento y por lo tanto no se cumple las otras actividades
3	LE 01 OB 09 AC 04	Elaboración y adopción, de una política pública de prevención del daño antijurídico de a ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia Antioquia.	Gerente	No se elaboró la política por lo tanto las actividades 5 y 6 no se cumplen
4	LE 01 OB 09 AC 05	Socialización e implementación de una política pública de prevención del daño antijurídico de a ESE Hospital San Juan de Dios.	Gerente	No se cumplió la actividad
5	LE 01 OB 09 AC 06	Seguimiento de una política pública de prevención del daño antijurídico de a ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia Antioquia.	Control interno	No se cumplió la actividad
6	LE 01 OB 09 AC 07	Realizar Jornada de Capacitación al comité directivo y funcionarios sobre los lineamientos de la ANDJE y de MASC.	Subgerente administrativo	No hay evidencia de la capacitación
7	LE 01 OB 09 AC 09	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité Directivo, para su aprobación: Estatutos de la Empresa Social del Estado.	Gerente y Junta directiva	No se evidencia que se actualizaron los estatutos de la entidad.
8	LE 01 OB 09 AC -10	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité Directivo, para su aprobación: Estatuto de Personal.	Gerente	No se ha actualizado
9	LE 01 OB 09 AC -12	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité Directivo, para su aprobación: Acto administrativo de transformación del Hospital San Juan de Dios en Empresa Social del Estado.	Gerente	No se ha actualizado
10	LE 01 OB 09 AC -16 y 17	Elaborar el plan de mejoramiento de los resultados del seguimiento a la política y mapas de riesgos Anticorrupción y ejecutar las actividades del plan	Grupo Directivo	No se tienen evidencias del plan de mejoramiento
11	LE 03 OB 01 AC - 07	Sesiones de odontología especializada electivas.	Odontóloga	No se realizaron sacar del plan
12	LE 03 OB 01 AC 12 a la AC15	Atención en salud por <b>medicina general</b> en el marco de la Ruta Integral de Atención, para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la primera infancia.	Subgerente Atención al Usuario	No se ejecutaron
13	LE 03 OB 01 AC - 58	Simulacros de activación del Plan para la Atención de Emergencias y Desastres (Componente Externo).	Comité de emergencias	No se cumplió la actividad
14	LE 03 OB 02 AC 17, 23 y 28	Realizar las reuniones de los comités, comisiones y grupos de trabajo institucionales:, Comité de Emergencias, Sostenibilidad contable y de Control Interno Disciplinario,	Subgerente administrativo	No presentan evidencias de reuniones de los comités
15	LE 03 OB 02 AC 33	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados de los comités.	Comité de control interno	No se cumplió la actividad
16	LE 03 OB 02 AC 34 al 37	Realizar reuniones por áreas funcionales: Celadores, Conductores, Servicios Generales y Auxiliares Administrativas.	Subgerente administrativo	No se tienen evidencias de las reuniones



Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
17	LE 03 OB 02 AC 44	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados de la reuniones de las áreas.	Comité de control interno	No se cumplió la actividad
18	LE 03 OB 03 AC 01 al -04	Realizar auditorías internas al proceso de gestión de residuos hospitalarios, planes de mejoramiento y seguimiento.	Control interno	No se realizó la auditoria
19	LE 03 OB 05 AC 11	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados. Auditorias clínicas.	Subgerente Atención al Usuario	No se evidencias planes de mejoramiento
20	LE 03 OB 05 AC 15 al 18	Realizar rondas de seguridad hospitalaria, planes de mejoramiento, cumplir con el plan y realizar el seguimiento.	Subgerente Atención al Usuario	No se evidencia rondas y planes de mejoramiento
21	LE 03 OB 06 AC 18	Analizar los resultados obtenidos en la implementación de las acciones del Código Buen Gobierno	Grupo directivo	No se realizó el seguimiento
22	LE 03 OB 06 AC 33	Elaborar el plan de mejoramiento del informe de seguimiento al SG-SST y ejecutar las actividades establecidas	COPASST	No se evidencias planes de mejoramiento
23	LE 03 OB 06 AC 38 y 39	Elaborar el plan de mejoramiento de la evaluación al Plan de Acción del Modelo Integrado de Planeación y gestión – MPG y la ejecución de las actividades del mismo	Grupo Directivo	No se evidencias planes de mejoramiento
24	LE 04 OB 01 AC 03	Socializar el Plan Institucional de capacitación - PIC incluyendo una charla mensual sobre la humanización de la prestación de servicios.	Subgerente administrativo	No se tienen evidencias de las reuniones
25	LE 04 OB 02 AC 03	Socializar el Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales para cada vigencia.	Subgerente administrativo	No se tienen evidencias de las reuniones
26	LE 04 OB 02 AC 06 y 07	Formular planes de mejoramientos con base en el seguimiento trimestral a la ejecución del Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales para cada vigencia y ejecutar las actividades.	Subgerente administrativo	No se tienen evidencias de las reuniones
27	LE 04 OB 02 AC 09	Retroalimentar en reuniones de la comisión de personal los informes del desarrollo del PIC y el Plan de bienestar social e incentivos	Subgerente administrativo	No se tienen evidencias de las reuniones
28	LE 04 OB 03 AC 04 y 05	Elaborar los planes de mejoramiento de los hallazgos establecido en la evaluación de los planes estratégicos como son Plan de Vacantes, de previsión y PETH del talento y ejecutar las actividades del plan	Subgerente administrativo	No se tienen evidencias del plan de mejoramiento
29	LE 04 OB 03 AC 15	Revisar las normas relacionadas con el manejo del recurso humano y mantener actualizado el normograma del proceso de gestión del talento humano - GET consultando además de forma periódica las paginas institucionales de DAFP, CNSC, ESAP, Presidencia entre otras para realizar las modificaciones de la Política Institucional.	Subgerente administrativo	No se cumplió la actividad
30	LE 04 OB 03 AC 17	Diseñar y adoptar un instrumento de evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos vinculados en provisionalidad y en servicio social obligatorio y de los trabajadores oficiales.	Gerente y Subgerente administrativo	No se ha adoptado el instrumento de evaluación
31	LE 04 OB 03 AC 21	Socializar los resultados del diagnóstico para la intervención del clima laboral.	Subgerente administrativo	No se cumplió la actividad
32	LE 04 OB 04 AC 13	Formular planes de mejoramiento según los hallazgos de las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Subgerente Atención al Usuario	No se tienen evidencias del plan de mejoramiento
33	LE 04 OB 04 AC 18	Estandarizar mediante acto administrativo el uso de los equipos de protección personal para los funcionarios de la Empresa Social del Estado y hacer entrega de los mismos.	Gerente y Subgerente administrativo	No se cumplió la actividad



Nro	Código	Actividad	Responsable	Observaciones
34	LE 04 OB 04 AC 19	Actualizar y socializar el Manual de Normas de Bioseguridad por áreas.	Subgerente Atención al Usuario	No se cumplió la actividad
35	LE 05 OB 01 AC 03	Realizar jornadas de socialización a los funcionarios encargados del manejo del Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI, el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.	Gerente y Subgerente administrativo	No se cumplió la actividad
36	LE 05 OB 01 AC 06 la 09	Formular el Plan de mejoramiento del seguimiento a los planes de Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información ejecutar las actividades y hacerle seguimiento	Gerente y Subgerente administrativo	No se tienen evidencias del plan de mejoramiento
37	LE 05 OB 01 AC 17 la 19	Formular planes de mejoramientos con base en el análisis de lo que se publica en las redes sociales ejecutar las actividades y hacer el seguimiento	Gerente y Subgerente administrativo	No se tienen evidencias del plan de mejoramiento
38	LE 05 OB 02 AC 07	Elaborar, adoptar, publicar y socializar el proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	Subgerente administrativo y Auxiliar Administrativo	No se cumplió la actividad
39	LE 05 OB 02 AC 14	Aprobar, adoptar y socializar las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital		Están en revisión en el archivo departamental
41	LE 05 OB 02 AC 16	Realizar el Seguimiento a la aplicación de las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital y elaborar el plan de mejoramiento		No se tienen evidencias del plan de mejoramiento
42	LE 05 OB 02 AC 18	Presentar el informe del seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento de las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital		

### 2.1.1.1. 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.
- 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.
- El nuevo plan gerencial está siendo evaluado mediante la circular No 009 de 2.015 que se presenta mes a mes al Supersalud para el año 2021 no se evidencia evaluación. En el año 2022 se debió presentar a la junta del mes de abril de 2022.
- Los Planes Operativos Anuales POA, una vez se aprobado el Plan desarrollo institucional se debe elaborar el Plan Operativo para la vigencia del 2.022 y debe ser presentado a la junta para su aprobación. No fue adoptado por acto administrativo en el 2.022
- Recuerdo que POA debe ser montado junto con el plan de adquisiciones en el mes de enero en la página de la Contraloría General de Antioquia, en el SECOP y en nuestra página en transparencia e información.
- Cuando al Plan Operativo Anual – POA se le realizan ajustes se recomienda que sea presentado a la junta directiva para su aprobación y socializado con los diferentes grupos primarios.
- Se está evaluando de forma trimestral por parte de Control interno a través del Plan Operativo Anual – POA y los resultados son presentados en el comité institucional de gestión y desempeño y entregados en forma electrónica al gerente, subgerentes y jefes de dependencias y publicados en la página web institucional.



- Al revisar las actividades del POA se observa que en algunas ocasiones los responsables de las actividades no manejan y/no se tienen la evidencias.
- No se está realizado el plan de mejoramiento para las actividades que no se están ejecutando en el trimestre de acuerdo con el informe que genera la oficina de control interno.
- Los seguimientos que realiza la oficina de control interno al POA de forma trimestral son socializados en el comité de gestión y desempeño, pero se sugiere que los jefes de áreas los socialicen en los grupos primarios con su personal.

### 2.1.3. Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión.

<b>Responsable:</b>	Gerente
<b>Objetivo:</b>	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.
<b>Documentos:</b>	Acuerdos de gestión y formato de evaluación y seguimiento.
<b>Informe:</b> A continuación, presentamos los resultados del seguimiento.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evidencian que a principios del año 2022 se realizaron los acuerdos de gestión con las subgerencias de atención al usuario y administrativa.</li> <li>• No se tienen las evaluaciones semestrales en el año 2.022.</li> <li>• Se recomienda que se tenga una carpeta con las evaluaciones de los acuerdos de gestión y las respectivas evidencias.</li> </ul>	

### 2.1.4. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos:

<b>Responsable:</b>	Gerente y Subgerentes.
<b>Objetivo:</b>	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
<b>Documentos:</b>	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.
<b>Informe:</b> A continuación, presentamos los planes estratégicos con los que cuenta la entidad:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Adoptado Resolución No 016 enero 2.022.</li> <li>b) Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Adoptado Resolución No 030 enero 2.022</li> <li>c) Plan Estratégico de Talento Humano - PETH. Adoptado Resolución No 027 enero 2.022.</li> <li>d) Plan Anual de Vacantes. Adoptado Resolución No 029 enero 2.022.</li> <li>e) Plan Institucional de Capacitación - PIC. Adoptado Resolución No 026 enero 2.022.</li> <li>f) Plan Anual de Adquisiciones. Adoptado Resolución No 022 enero 2.022.</li> <li>g) Plan de Gestión Documental - PDG. Adoptado Resolución No 024 enero 2.022.</li> <li>h) Plan de previsión del talento humano. Adoptado por la Resolución No 031 enero de 2022</li> <li>i) Plan Institucional de Archivos de la Entidad - PINAR. Adoptado Resolución No 025 enero 2.022.</li> <li>j) Plan anual de auditorías internas. Adoptado Resolución No 020 enero 2.022.</li> <li>k) Plan de participación Social en Salud - PPSS. Adoptado Resolución No 033 enero 2.022</li> <li>l) Plan de Bienestar Social e Incentivos. Adoptado Resolución No 023 enero 2.022</li> <li>m) Pla de Mantenimiento Hospitalario. Adoptado Resolución No 032 enero 2.022</li> <li>n) Plan Estratégico de Comunicación e información PETI. Adoptado Resolución No 028 enero 2.022</li> <li>o) PAMEC Adoptado Resolución No 036 enero 2.021.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> 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.</p>	



**Cuadro con las calificaciones de los Planes estratégicos de 2.022.**

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESTRATEGICOS DEL 2.022								
Nombre de Plan	Actividad Cumplida Total y Parcial	%	Actividad No cumplida	%	Actividad Pendiente	%	Total Activid	Porcentaje Cumplim
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	28	56%	22	44%	0	0%	50	50.4%
Plan Anual de Adquisiciones	19	90%	1	10%	0	0%	20	79.0%
Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	22	88%	3	12%	0	0%	25	68.0%
Plan Estratégico de Talento Humano – PETH	46	71%	19	29%	0	3%	65	63.8%
Plan Anual de Vacantes	14	100%	0	0%	0	0%	14	100.0%
Plan Institucional de Capacitación – PIC	7	30%	9	40%	7	30%	23	30.4%
Plan de Bienestar social e Incentivos.	8	100%	0	0%	0	0%	8	64.75
Mapa de Riesgos de Corrupción	50	83%	10	17%	0	0%	60	70.4%
Plan de Gestión Documental – PDG.	31	84%	6	16%	0	0%	37	72.5%
Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR	9	75%	3	25%	0	0%	12	70.8%
Plan de comunicación e información PETI	16	64%	9	36%	0	0%	25	53.4%
Plan de la Política de Participación Social en Salud - PPSS	23	96%	1	4%	0	0%	24	90.0%
Plan Anual de Auditorías Internas	46	85%	8	15%	0	0%	54	85.19

**2.1.4.1. Conclusiones de los Planes Estratégicos:**

- No se elaboraron los Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información.
- El Plan institucional de capacitación presento un ppto definitivo de \$ 3 millones y tuvo una ejecución de \$ 476.000 con una ejecución en dinero del 16% y en actividades del 30% el cual es considerado muy bajo.
- En el plan de capacitaciones del 2022 se presentaron 7 capacitaciones sin definir la fecha de realización.
- El Plan del SG-SST tiene una partida presupuestal pero no está discriminado como dice el decreto 1072 de 2.015.
- Se recomienda que se realicen los planes de mejoramiento de las evaluaciones realizadas de forma trimestral a los planes estratégicos y a los planes de mejoramiento elaborado por el líder del proceso se recomienda que se realice el seguimiento en el comité de control interno.
- Se recomienda que se realice una mayor socialización de los planes estratégicos en los diferentes grupos primarios, comités y reuniones de personal.
- En el plan de bienestar e incentivos presento un presupuesto inicial de \$ 9.5 millones y presento adiciones por valor de \$ 12.9 millones. También se evidencian actividades que no estaban definidas en el plan, lo que demuestra una mala planeación.
- Se recomienda que se tengan unas carpetas organizadas con todas las evidencias de las actividades ejecutadas.



### 2.1.5. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales:

<b>Responsable:</b>	Gerente y secretario del comité.
<b>Objetivo:</b>	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
<b>Documentos:</b>	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	27	24	24	28	26	23	28	25	29	27	24	29
2	COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	12		9			7			14		9	14
3	BIENESTAR SOCIAL		2	19	26/27	2			10			9	
4	COMITÉ DE ARCHIVOS			29	21				23		28	26	
5	COMITÉ DE COMPRAS	27	16	3	4/28	19	23	28	1	1	3	24	29
6	COMITÉ DE CONCILIACIÓN				12	11	14		10		5		14
7	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL		2/16	11		25			10	7		10	
8	COMITÉ DE EMERGENCIAS Y COVID				27	25		13		7		9	
9	COMITÉ DE ÉTICA	22	9	23	29	25	15	25	24	20	20	30	27
10	COMITÉ DE FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA	25	22	29	27	27		15		30	31	30	20
11	COMITÉ DE GLOSAS			1	1		15		1	13	1		1
12	COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	26	23	30	27	10	10	21	23	30	26	30	27
13	COMITÉ DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	20	22	29	26	24	28	13	30	8/30	4/30	29	29
14	COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE			1	1		1		1		1		1
15	COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	20	22	29	27	24	28	21	25	27	24	29	22
16	COMITÉ DIRECTIVO		22	29	28		28		30		27		27
17	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	12		29			29	14	30	28	7		21
18	COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	20	17	7/16	22	12	16	14	18	22	13	17	15
19	COMITÉ DE INFECCIONES	25	22	29	26	24	28	26	30	27	25	29	27
20	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	20	22	29	28	13	28	26	3/17	29	25	3/28	22
21	GRUPO DE GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL		1	16	1	1	3	1	5/29	1	1	1	1
22	GRUPO DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD	25	22	29	26	14	14	14	2/30	27	25	29	15
<b>TOTAL DE REUNIONES DE COMITÉS PROGRAMADOS 2022 FUERON 214</b>		<b>13</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>19</b>
<b>TOTAL DE REUNIONES DE COMITES REALIZADOS 2022 FUERON 115</b>		<b>2</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>TOTAL DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE COMITES 53.2% EN EL 2022</b>													

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



### 2.1.6.1. Cuadro con el resultado de seguimiento a los Comités al 4o trimestre de 2.022.

Son 23 comités establecidos en el Hospital y solo se reunieron 19 que equivale al 83%. Presentando el siguiente resultado:

Actividades	Cantidad	% Cumplimiento
Cumplidas	178	72,36%
Pendientes	5	2,03%
Incumplidas	63	25,61%
<b>TOTAL ACT.</b>	<b>246</b>	<b>100%</b>

#### Conclusiones:

- ❖ Esta información es tomada de los planes de mejoramiento que presentan los secretarios de las diferentes reuniones que realizan los comités.
- ❖ En los formatos se tiene un cuadro con los hallazgos, las actividades a realizar, fecha, responsable y observaciones el cual sirve para realizar el seguimiento.
- ❖ No se presentaron planes de mejoramiento de las reuniones de los distintos comités
- ❖ El Manual de organización y funcionamiento de los comités es del 2.016 y no ha sido actualizado.
- ❖ La oficina de control Interno recomienda que se debe realizar una revisión por parte del área jurídica a las diferentes resoluciones de adopción de los diferentes comités con el fin de actualizarlos a los diferentes cambios de la norma.
- ❖ Se observan falencias de los deferentes secretarios de los comités para elaborar los diferentes planes de mejoramiento.
- ❖ Se recomienda que se haga la consulta a la Comisión del Servicio Civil como se pueden nombrar los miembros de los empleados a la comisión de personal, ya que se tienen varios procesos de elección y no se han presentado candidatos para su elección.

## 2.2. Proceso de Contratación – CON.

<b>Responsable:</b>	Gerente de la Empresa Social del Estado.
<b>Objetivo:</b>	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.
<b>Documentos:</b>	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 2.022 el cual presenta la siguiente información.

Se realizaron 106 contratos en el año 2022 por un valor total de \$ 1.901.060.724 millones de pesos. Discriminados así:



CANTIDAD	TIPO DE CONTRATO	VALOR (\$)	%
27	Prestación de servicios	\$ 431.942.162	22.7%
2	Compraventa	\$ 21.787.346	1.1%
2	Mantenimiento	\$ 33.519.874	1.7%
12	Suministros	\$ 818.530.361	43.3%
63	Termino definido	\$ 431.403.632	22.6%
1	Obra	\$ 148.877.349	7.8%
1	Interventoría	\$ 15.000.000	0.8%
<b>109</b>	<b>GRAN TOTAL</b>	<b>\$ 1.901.060.724</b>	<b>100%</b>

### 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.
  - a) Lista de chequeo.
  - b) Estudio de oportunidad y conveniencia,
  - c) Certificados de experiencia laboral.
  - d) Certificado del RETHUS.
  - e) Propuestas.
  - f) Algunos documentos les falta de firma de los contratistas como actas de inicio y de liquidación.
- 2) En la mayoría de los contratos se evidencia que elaboran el formato de Hoja de vida y declaración de bienes pero faltan las firmas del contratista y del jefe de talento humano.
- 3) Se observan varios contratos de Prestación de servicios y a término fijo consecutivos por ejemplo en Cruz Inelda Gallego y Alexander de Jesús Molina A. Observando que hay varios contratos al año y de forma continua.
- 4) Se evidencia con el soporte del SECOP el 100% de los Contratos los cuales fueron subidos a esta plataforma en los tiempos establecidos.
- 5) Falta estudio de oportunidad y conveniencia, falta certificado de SG-SST, falta propuesta, faltan actas de aprobación póliza y de evaluación de proveedores este hallazgo se presenta en el contrato No 066 de julio 2.022
- 6) El contrato Nro 059 Rayos X Tecnología Radiológica SAS no se encontró lo siguiente. Falta Estudio de oportunidad y conveniencia, Certificado de avance del SG-SST, Acta de aprobación de la póliza, Se presentaron dos propuestas y deben ser tres y Resolución de nombramiento supervisor.
- 7) El contrato Nro 076 de Maria Liney Gil Ortiz presentó lo siguiente: Propuesta sin firma y valor, Declaración de bienes sin firma y hoja de vida sin firma de talento humano y Recomendación actualizar curso de las 50 horas del SG-SST ya que el que presenta es del 2,016.
- 8) Contrato Nro 083 de Inversiones Jorge Cuellar S.A.S presento lo siguiente: No presenta declaración de bienes ni estados financieros de la empresa, No presenta el certificado de avance del SG-SST. Error en los valores totales del contrato y en el contrato no se menciona la póliza de estabilidad de la obra.



- 9) Se puede evidenciar que para el 2022 se tiene instalada unas máquinas de dispensadoras de propiedad del Sr Guillermo Salazar. El cual tenía un contrato de arrendamiento en el 2021 No 053 por valor del arriendo mensual de \$ 130.000. para esta vigencia no se encontró contrato y las maquinas siguen gastando energía. Que paso con el contrato. Tiene un pago al 4º trimestre por \$ 1.560.000
- 10) También se puede evidenciar que para este año están utilizando consultorios los profesionales
  - Dr Jorge Iván Tamayo R Ortodontista el cual realizó pagos a tesorería al 4º trimestre 2.022 por valor de \$ 6.452.838 como se legaliza esto.
  - Dr. Carlos Mario Londoño Ecógrafo el cual realizó pagos a tesorería en el 4º trimestre de 2.022 por valor de \$ 3.155.100
  - Dr. José Fernell Mejía Becerra Optómetra el cual no ha realizado pagos al hospital y está utilizando los servicios de un consultorio.
- 11) Los contratos Nro 066 – 067 y 070 presentan dos contratos al año para el mantenimiento de medicamentos, suministro de alimentación y de material de laboratorio, si se sabe que estos contratos se requieren para todo el año, esta dependencia recomienda que no se haga si no un solo contrato.
- 12) Es muy importante resaltar que con respecto mismo periodo del año pasado se presentó diferencia en el Número de contratos formalizados, para el 2.021 fueron 111 con un valor de \$ 1.376 millones y para el 2.022 son 106, con un valor de \$ 1.901 millones presentándose una disminución en el número de contratos de 5 pero un aumento en el valor de \$ 525 millones que equivale al 38%.

#### Conclusiones:

1. Se mejoró notablemente la afiliación de los contratistas al SIGEP para que puedan presentar la hoja de vida y declaración de bienes actualizada en los formatos establecidos para ello, pero faltan firmas del contratista y del jefe de talento humano.
2. Se deben revisar muy bien los documentos y contratos por parte de los supervisores antes de ser subidos al SECOP y a la plataforma de SIA observa con el fin de que se cumpla con los tiempos y los documentos que se deben subir.
3. No se está elaborando el plan de mejoramiento para tratar de subsanar las inconformidades encontradas en las auditorías trimestrales realizadas por control interno.
4. Se recomienda que los supervisores de los contratos conozcan bien el manual de la contratación de la institución, los procesos y procedimientos y los requisitos para los pagos.
5. Que se ordenen las carpetas de los contratos de acuerdo con la norma y en un orden de documentos. Ejemplo Lista de Chequeo, Estudio Previo, CDP y RP, Propuesta, etc.
- 6.
7. También se puede evidenciar que la modalidad de contratación a presentado cambios, ya que los años anteriores eran mayor la contratación por prestación de servicios y ahora la mayor contratación se realiza a término definido. Presentando varios contratos de forma muy repetitiva y/o consecutiva, sin dejar un buen espacio de tiempo entre contratos.

Nota: Se anexa el cuadro de revisión de la contratación del 4º trimestre del 2.022.

Nota: No se realizó plan de mejoramiento para los hallazgos del 2022, pero la secretaria fue solucionando algunas inconsistencias y faltantes.



### 2.3. Proceso de Gestión de Información – GIF

<b>Responsable:</b>	Gerente y Subgerente Administrativo.
<b>Objetivo:</b>	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).
<b>Documentos:</b>	Manual de procesos y procedimientos, Planes estratégicos, página web institucional, resoluciones de adopción de los planes, manuales de XENCO, Tablas de Retención y Valoración Documental, informes, formatos y planes de mejoramiento.

#### Informe

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

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

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

Se tienen elaborados los procedimientos y el mapa de riesgos del Proceso de Gestión de Información – GIF pero no han sido presentados a la junta directiva para su aprobación y la adopción

#### 2.3.1.1. Conclusiones.

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

#### 2.3.2. Informe de Procedimiento de Comunicación e Información:

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

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



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

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

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

Estos datos nos dan un cumplimiento total del 61%

2) Se cuenta con unos Planes Estratégicos de:

- a) Plan de Seguridad y Privacidad de la Información Adoptado Resolución No 131 julio 2.020. El cual no ha sido socializado y no se ha implementado.
- b) Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI: Adoptado resolución No 028 enero 2.022 y presento a Diciembre 31 de 2022 un cumplimiento del 53.4% y no fueron elaboras los planes Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información.
- c) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan establecido por ley 1474 de 2.011 el cual está basado en 5 políticas principales y un mapa de riesgos. Adoptado resolución No 016 enero 2.022 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 2.022 presentan la siguiente ejecución:

- Tienen algún porcentaje de cumplimiento un total de 28 actividades que equivale al 56%
- No se han cumplido 22 actividades que equivalen al 44%.
- Con un cumplimiento total del 50.4%

El mapa de Riesgos de Corrupción se compone de 60 actividades las cuales al corte al 31 de diciembre de 2.022 presentan la siguiente ejecución:

- Tienen algún porcentaje de cumplimiento un total de 50 actividades que equivale al 83.3%
- No se han cumplido 10 actividades que equivalen al 16.7%.
- Con un cumplimiento total del 70.4%

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 025 enero 2.022 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 2.022 presentan la siguiente ejecución:
  - Actividades con cumplimiento entre el 50% o mas son 9 actividades que equivale al 75% de las 12 actividades
  - Actividades a las cuales no se han ejecutado 3 de 12 que equivale al 17%
  - Con un cumplimiento total del 70.48%



- b) Plan de Gestión Documental – PDG.. Adoptado Resolución No 024 de enero 2.022.  
Este formato de evaluación y seguimiento consta de 6 etapas, 13 procedimientos y un total de 37 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.022 presentan la siguiente ejecución:
- Actividades con cumplimiento entre el 50% o mas son 31 actividades que equivale al 84% de las 37 actividades
  - Actividades a las cuales no se han ejecutado 6 de 37 que equivale al 16%
  - Con un cumplimiento total del 72.56%.

### 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 Los Planes estratégicos en los diferentes grupos primarios para que realicen las correcciones, cambios y ajustes que sean necesarios.
7. Los jefes de dependencia deben liderar las actividades de la política anticorrupción con el fin de que se puedan cumplir con las metas propuestas y mejorar los resultados del mapa de riesgos.
8. Se debe seguir con el proceso de convalidación de TRD ante el comité de archivo del departamento y su posterior presentación al Archivo General de la Nación para su publicación.
9. Comenzar con la elaboración de las TVD.
10. Realizar las jornadas de capacitación sobre los diferentes temas de la gestión documental.
11. Estandarizar los diferentes documentos en la entidad.
12. Continuar con la organización del fondo acumulado del hospital.
13. Socializar el proceso de Gestión de la información a los empleados.

### 2.4. Proceso de Gestión de Talento Humano – GTH

<b>Responsable:</b>	Subgerencia Administrativa
<b>Objetivo:</b>	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.
<b>Documentación:</b>	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.
<b>Informe:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Planes estratégicos:</b> 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 2.022.</li> </ol>



- 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 2.022 y al 31 de diciembre de 2.022. Se realizó el nombramiento Auxiliar Administrativa de Almacén, Auxiliar Administrativa de Admisiones y de un Celador por contratos de termino fijo y un cargo de secretaria que está en provisionalidad en cual fue reportado para concurso.
  - Para la Planta de cargos asistenciales se tienen 18 cargos vacantes o en provisionalidad y se ocuparon 8 cargos de médicos SSO.
  - Se nombró en provisionalidad el técnico de rayos X. Este cargo está en concurso
  - Se tienen el Cargo de Médico general uno en provisionalidad y otro por contrato estos cargos se pusieron a concurso.
  - Se nombró un odontólogo por contrato de termino fijo, el titular está en licencia.
  - Se presentó el retiro de 3 Auxiliar de Enfermería por Pensión de Jubilación. Las cual fueron reemplazadas por dos Auxiliar en provisionalidad y una en contrato a término fijo.
- De acuerdo con lo anterior se dio un cumplimiento del 100% del plan de vacantes para el 2022
- b) **Plan de Previsión de Recurso Humano:** Se debe actualizar cada año en el formato establecido para ello denominado: Formato Plan de Previsión de Recursos Humanos lo maneja la oficina de talento humano. Este plan sirve como un recurso para la toma de decisiones en todo lo referente de la vinculación del personal y a los próximos cargos que se van a pensionar.
- c) **Plan Estratégico de Talento Humano – PETH:** Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 027 de enero de 2022, cuenta de 4 etapas, 17 categorías y un total de 65 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.022 presentan la siguiente ejecución:
- Actividades con algún cumplimiento son 46 actividades que equivale al 71% de las 65 actividades
  - Actividades a las cuales no se han ejecutado 19 de 65 que equivale al 29%
  - Con un cumplimiento total del 63.8%.
- d) **Plan Institucional de Capacitación – PIC:** Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 026 de enero de 2022 cuenta con 23 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.022.
- Actividades con algún cumplimiento son 7 actividades que equivale al 30% de las 23 actividades
  - Actividades a las cuales no se han ejecutado 9 de 23 que equivale al 40%
  - Actividades las cuales quedaron pendientes por que no se les definió fecha de realización, fueron 7 que equivale al 30%.
  - Con un cumplimiento total del 30.4%.
- e) **Plan de Incentivos Institucionales y Bienestar social:** Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 023 de enero de 2022 cuenta con 8 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.022.
- Actividades con algún cumplimiento son 8 actividades que equivale al 100% de las 8 actividades
  - Actividades a las cuales no se han ejecutado 0 de 8 que equivale al 0.0%
  - Con un cumplimiento total del 64.79%.
- f) **Plan del Sistema de Gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo – SG- SST:** Este formato de evaluación y seguimiento Adoptado por la resolución No 030 de enero de 2022 cuenta con 25 actividades las cuales presentaron la siguiente ejecución al 31 de diciembre del 2.022
- Actividades con cumplimiento son 22 actividades que equivale al 88% de las 25 actividades
  - Actividades a las cuales no se han ejecutado 3 de 25 que equivale al 12%
  - Con un cumplimiento total del 68%.

El 31 de diciembre de 2.022 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.**

**Salud Integral para Todos**

**Nit 890907297-3**

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com



2. **Evaluación de los funcionarios:** En el mes de septiembre de 2.022 se realiza por parte de control interno la revisión de todas las historias laborales de los empleados del Hospital donde se evidencio lo siguiente:

- a) En las revisiones de las evaluaciones se puede observar que para el periodo del 01/02/2022 al 31/07/2022 se observa que no se tiene en cuenta lo siguiente:
- b) No se elaboraron algunas evaluaciones cuando se presenta cambio de evaluador.
- c) Para muchas de las evaluaciones se requiere que se tenga una comisión evaluadora, pero no se muestra la firma en los formularios del representante de la comisión evaluadora.
- d) Faltan en los formatos firmas y también faltan formatos parciales y definitivos.
- e) En muchos funcionarios les falta el certificado de medidas correctivas, de cursos como seguridad del paciente, vital avanzado, AEPI, SG-SST, entre otros. Se ha mejorado mucho.
- f) En el mas del 90% de los funcionarios del hospital faltan los certificados de los cursos de MIPG en aspectos generales, de Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción y lenguaje claro.
- g) Se observa que en algunos funcionarios faltan documentos como libreta militar, certificados de estudios y laborales entre otros.
- h) En la mayoría de las Hojas de vida de los funcionarios no se pone la fecha de recibo del documento y en algunos faltan firmas.
- i) Hay legajos de hojas de vida con más 250 folios y les falta una lista de chequeo.
- j) Se presentan algunos documentos importantes que no son legibles o están muy borrosos.
- k) Se realizaron anticipos de cesantías, pero no se evidencias los soportes del gerente y el subgerente administrativo.

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

- a) Se observa en el seguimiento a las historias laborales de los funcionarios que falta en algunos de ellos los formatos se encuentran sin firmas y sin la fecha de recibido del jefe de personal.
- b) Los contratistas vienen presentando la hoja de vida y declaración de bienes en el formato viejo y en algunos casos sin firma y se evidencia que elaboran mal la declaración de bienes.

4. **Informe del Clima laboral:** Se realiza en el mes de diciembre de 2.022 la evaluación del clima laboral de la entidad. Los resultados se socializarán en el primer trimestre del 2.023.

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 utilizado 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.
- c) En el mes de octubre del 2.022 se realizó una jornada de reinducción a todo el personal de varios temas como el SG-SST, Elementos de protección personal, seguridad del paciente, funcionamiento de algunos comités, identificación de riesgos y peligros. Manual de convivencia laboral, derechos y deberes en salud entre otros.

#### 2.4.1.1. Recomendaciones.

1. Elaborar los planes estratégicos de talento humano a finales del año 2021 y/o en los primeros días del mes de enero de 2.022, 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. Se recomienda por parte de control interno que para el plan de capacitación se tengan en cuenta las capacitaciones que se programaron en los diferentes planes estratégicos.
5. Las evaluaciones así se realicen en forma digital en la plataforma de la CNSC se deben imprimir, firmar por las partes y guardarlas en las hojas de vida de cada funcionario.
6. Cuando las calificaciones de los funcionarios de carrera se presten para realizar planes de mejoramiento estos se deben llevar al formato establecido para ello, se debe imprimir y realizar el respectivo seguimiento.
7. En la actualidad se presentan novedades de personal de carrera, las cuales deben ser notificados a la CNSC.
8. Se recomienda que las hojas de vida tengan un listado con el contenido de la misma con el fin de facilitar su revisión y ubicación de un documento.
9. Que se revise antes de ingresar un documento a la Historia laboral este firmado por las personas interesadas.
10. Es muy importante que las hojas de vida y declaración de bienes del SIGEP se les coloque la fecha de recibida y se firme por el jefe de personal como responsable del proceso.
11. Mirar que los documentos que son entregados por los funcionarios sean legibles, no estén borrosos y en mal estado
12. La persona encargada del proceso de gestión documental en el Hospital le brinde una capacitación a la funcionaria encargada del archivo de historias laborales en el manejo y custodia de las mismas.
13. Verificar por parte de la persona encargada del manejo de las historias laborales que los certificados de estudios presentados por el funcionario si sean válidos y no sean falsos.
14. Gestionar la realización de la batería de riesgo psicosocial cumpliendo con la resolución 2646 de 2008.
15. Se hace necesario retomar el tema de clima laboral y solicitarle colaboración a la ARL Colmena.
16. Realización del plan de trabajo y presupuesto para el año 2022, de acuerdo a las necesidades encontradas en la autoevaluación según la resolución 0312 de 2020 y el decreto 1072 de 2015 y la priorización de los riesgos generada en la matriz de identificación de riesgos y peligros actualizada en 2022.
17. Presentar al comité de control interno los informes sobre el ausentismo y demás situaciones administrativas.
18. Se recomienda que se realice el proceso para la elección de los de la comisión de personal o se le consulte a la CNSC como se pueden elegir los miembros de los empleados, ya que estos no se están inscribiendo para realizar su elección.
19. Se hace necesario que todos los funcionarios y contratistas que laboran en la entidad estén inscritos en la Plataforma de SIGEP con usuario y contraseña con el fin de que actualicen la información en la hoja de vida y declaración de bienes.
20. Se recomienda que todos los funcionarios deben tener el certificado del curso de MIPG en aspectos generales, el de Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción y lenguaje claro

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

<b>Responsable:</b>	Subgerencia Administrativa.
<b>Objetivo:</b>	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.
<b>Documentos:</b>	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.

- 1) **Con respecto a los medicamentos:** Se tiene un listado con corte al 31 de diciembre de 2.022 el cual presentó las siguientes inconsistencias:
  - a. De 279 referencias de medicamentos revisados a 31 de diciembre de 2.022 con un costo de \$ 51.219.006 y en el primer conteo se presentaron diferencias en 44 productos que equivale al 26%, con un Valor de \$ 13.305.990.
  - b. Después de realizados los dos conteos quedaron 31 productos que presentaron diferencias, tanto negativas como positivas esto equivale a un 11%. Los medicamentos que presentaron sobrantes fueron 17 con un valor de \$ 461.240 y los medicamentos que presentaron faltantes fueron 14 por un valor de \$ 209.548.
  - c. Adjunto el cuadro con el inventario realizado, para que se realicen los ajustes que sean necesarios a los medicamentos que presentaron diferencias, tanto positivas como negativas. Al revisar los ajustes realizados se encontró que existe una diferencia en el costo por unidad de lo reportado al ajuste.
- 2) **Con respecto al Material Médico Quirúrgico:** Se tiene un listado con corte al 31 de diciembre de 2.022 el cual presentó las siguientes inconsistencias:
  - a. De 190 referencias de material médico quirúrgico revisados a 31 de diciembre de 2.022 con un costo de \$ 156.036.226 en el primer conteo se presentaron diferencias en 28 productos y hay 3 de ellos que tienen saldo negativo el cual es considerado como un error del sistema, por lo tanto no se deben tener en cuenta, son en realidad 25 que equivale al 13.4%.
  - b. Después de realizados los dos conteos quedaron 21 productos que presentaron diferencias, tanto negativas como positivas, Esto equivale a un 11% del total de 190 productos.
  - c. El Material Médico Quirúrgico que presentaron sobrantes fueron 12 con un valor de \$ 1.486.144 y los que presentaron faltantes fueron 12 por un valor de \$ 52.381.
  - d. Con respecto al inventario de diciembre de 2.021 se presentó una disminución de 25 productos que tuvieron diferencia, pasando de 46 en diciembre 2.021 a 21 en junio de 2.022 lo que equivale una disminución 45.6%
  - e. Adjunto el cuadro con el inventario realizado, para que se realicen los ajustes que sean necesarios al Material Médico Quirúrgico que presentaron diferencias, tanto positivas como negativas. Al revisar los ajustes realizados se encontró que existe una diferencia en el costo por unidad de lo reportado al ajuste.

**2.5.1.1. Recomendaciones**

- Realizar los ajustes antes mencionados y volver a tirar el listado de inventario con corte al 31 de diciembre de 2.022.
- 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.
- Se recomienda que se realicen antes de finalizar el día los descargues de medicamentos y material médico quirúrgico en el sistema ya que si dejan para otro día se puede olvidar.
- Es muy importante que se lleve un control más efectivo y eficiente a los préstamos que se realizan a urgencias, hospitalización y el centro de salud del Socorro.



- Se encontraron 3 medicamentos con fecha vencida, se recomienda un mayor control sobre los vencimientos de los medicamentos.
- No se pudo dar cumplimiento a la fecha del inventario ya que se presentaron muchas inconsistencias en el mismo y se tuvo que revisar por Contratista de XENCO

3) **Con respecto a los Bienes de Consumo:** Se tiene un listado con corte al 28 de diciembre de 2.022. El cual está clasificado en 5 grupos así: Equipos, Útiles de oficina, Aseo y cafetería, Mantenimiento y Ropería, revisando un total de 280 referencias y con un valor total de \$ 124.043.611 discriminados de la siguiente forma y los cuales presentaron la siguiente inconsistencia así:

a. Inventario de Aseo y Cafetería: Se tiene un inventario de 58 elementos que suman un total de \$ 4.632.351, las cuales presentaron inconsistencias en 2 elementos que equivale el 3.5% y sumo un valor de \$ 276.600. En los siguientes rubros:

- 11311930 Pañal Pequeñin ET 1 x 30: en el listado aparece 2 unidades y en el conteo físico son 8. Para 6 unidades faltantes. Con un costo -\$ 285.600 negativo. Las cuales se deben ingresar al inventario.
- 113202058 Pañal Tena: en el listado aparece 8 unidades y en el conteo físico son 2. Para 6 unidades sobrantes. Con un costo \$ 9.300 positivo. Las cuales se deben sacar al inventario.

**NOTA:** Se puede evidenciar que tienen nombre cambiado ya que se deben ingresar 6 unidades del rubro 11311930 Pañal Pequeñin con un valor unitario de \$ 9.000 y sacar 6 unidades del rubro 113202058 Pañal Tena con un valor de \$ 285.600.

b. Inventario de Equipos: Se tiene un inventario de 31 elementos que suman un total de \$ 42.882.379, la cual presentó inconsistencia en 3 elemento que equivale el 9.7% y sumo un valor de \$ 25.299.802. En los siguientes rubros:

- 211010200 Concentrador de Oxigeno: en el listado aparece 2 unidades y en el conteo físico no están. Para 2 unidad faltantes. Con un costo \$ 10.234.000 negativo. Las cuales se deben sacar del inventario.
- 211010203 Concentrador de Oxigeno AERTI AE-5. en el listado aparece 3 unidades y en el conteo físico no están. Para 3 unidad faltantes. Con un costo \$ 10.714.602 negativo. Las cuales se deben sacar del inventario.
- 211010204 Concentrador de Oxigeno LONGFIA. en el listado aparece 2 unidades y en el conteo físico no están. Para 2 unidad faltantes. Con un costo \$ 4.351.200 negativo. Las cuales se deben sacar del inventario.

**NOTA:** Si se entregaron a los usuarios se deben cargar como activos fijos a una dependencia o al Almacén.

c. Repuestos y mantenimiento: Se tiene un inventario de 39 elementos que suman un total de \$ 13.997.869, las cuales presentaron inconsistencias en 4 elementos que equivale el 10.2% y sumo un valor de \$ 2.079.444. En los siguientes rubros:

- 112020002 Repuestos Mecánico sin IVA: en el listado aparece 2 unidades negativas y en el conteo no están. Para 2 unidades faltantes. Con un costo -\$ 157.475 negativo. Las cuales se deben sacar al inventario. Al parecer es error en el inventario.
- 115102133 Mause sencillo en el listado aparece 1 unidad negativa y en el conteo no están. Para 1 unidades faltantes. Con un costo -\$ 38.080 negativo. Las cuales se deben sacar al inventario. Al parecer es error en el inventario
- 11502298 Nilon Guadañadora Richn: en el listado aparece 1 unidad negativa y en el conteo no está. Para 1 unidades faltantes. Con un costo -\$ 224.000 negativo. La cual se debe sacar de inventario. Al parecer es error en el inventario
- 115403277 Papeleras 10L colores surtidos en el listado aparece 120 unidades y en el conteo aparecen 36 unidades. Para 84 unidades sobrantes. Con un costo \$ 2.499.000 positivo. Las cuales se deben sacar al inventario.



**NOTA:** Se puede evidenciar que las papeleras son de diferentes colores y en el inventario no se especifica cantidad de papeleras por color como es lo recomendado. También se evidencia que han sido entregadas papeleras de diferentes colores a varias dependencias las cuales no están asentadas en el inventario.

- d. Útiles de Oficina: Se tiene un inventario de 132 elementos que suman un total de \$ 10.407.857, las cuales presentaron inconsistencias en 3 elementos que equivale el 3.6% y sumo un valor de -\$ 3.154. En los siguientes rubros:
- 110206167 Cinta de Enmascarar 24x40 Tesa: en el listado aparece 18 unidades y en el conteo físico son 19. Para 1 unidad sobrante. Con un costo \$ 6.188 positivo. Las cuales se deben ingresar al inventario.
  - 110206169 Cinta de Enmascarar 18x25 jasa. en el listado aparece 12 unidades y en el conteo físico son 11. Para 1 unidades faltante. Con un costo -\$ 6.188 negativo. Las cuales se deben sacar al inventario.

**NOTA** éstos elementos fueron ingresados con error por lo tanto se debe cruzar.

- 110601174 Cinta de enmascarar 12x40 APS: en el listado aparece 1 unidad negativa y en el conteo físico no está. Para 1 unidad sobrante. Con un costo \$ 3.154 negativo. Las cuales se deben sacar al inventario, ya que aparece inscrita al programa APS y este se le entregan todos los elementos comprados.

### 2.5.1.2. Recomendaciones

- a. Realizar los ajustes antes mencionados y volver a tirar el listado de inventario con corte al 28 de diciembre de 2.022.
- b. Se viene organizando los nombres de los elementos del inventario, esta tarea se recomienda que se debe continuar.
- c. Se encontró en varias partes del hospital artículos.
- d. Se recomienda que se esté ajustando el Plan de Compras en el SECOP.
- e. 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.
- f. El comité de control interno se encargará de realizar el seguimiento a dicho plan de mejoramiento.

**2.5.2. Inventario de los Bienes muebles e inmuebles (Activos Fijos).** Con el fin de realizar mi función de auditoría al procedimiento de activos fijos se imprimió un inventario de los mismos por cada una de las dependencias el cual sirvió para realizar el seguimiento. Dicha evaluación presentó los siguientes resultados.

Se evidencio que en la totalidad de las dependencias evaluadas presentaron algunas inconformidades las cuales describo a continuación.

- 1) **“No se tiene en la entidad una adecuada identificación de los activos fijos”.** Para el año 2021 en noviembre se debe adoptar la política de manejo de inventarios y socializarla con el fin de que el 1 de enero del 2.022 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 en el año 2022. Está pendiente.

- 2) Para el 2.022 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:



- ❖ Aparasen en el programa de activos fijos funcionarios como responsables de bienes a su cargo y desde algún tiempo se retiraron de la entidad y no se ha registrado la novedad en el sistema. (Nombre del Funcionario y Documento de Identidad).
- ❖ Pero se puede evidenciar que todavía existen bienes en mal estado en las dependencias que no deben estar cargados a su inventario.
- ❖ Se encontraron activos sin placa, al parecer fue arrancada por los usuarios y/o cuando se realiza el aseo, también bienes a los cuales no se le ha realizado la marcación con pirograbado.
- ❖ Con la descripción del activo se presenta un mismo bien con diferente nombre y nombres con errores o mal digitados
- ❖ La mayoría de los activos fijos digitados en el sistema aparecen sin Marca, Modelo y Serie.
- ❖ 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.
- ❖ En la mayoría de los inventarios de activos fijos digitados en el sistema aparecen sin y nombres con errores o mal digitados y se encontró bienes que no estaban registrados a esa dependencia y responsable
- ❖ También se pudo evidenciar que se presentaron faltantes de bienes. Lo peor es que no se tiene un documento de traslado, baja, préstamo u otro que respalde el hallazgo.
- ❖ Hay muchos bienes que están totalmente depreciados y se debe organizar en contabilidad.
- ❖ Se están dando paz y salvo de inventarios sin estar bien organizados en el módulo de activos fijos.
- ❖ Se sacan bienes de las dependencias sin un debido documento de soporte.
- ❖ No se evidencio evaluación de los proveedores de bienes de consumo y bienes muebles.
- ❖ No se pudo dar cumplimiento al cronograma de la auditoría de los activos fijos

**2.5.3. 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 página web institucional y el jefe de control interno lo socializo con el subgerente y la auxiliar administrativa de esa fecha. Fue actualizado en el 2022 pero no se ha presentado a la junta directiva para su aprobación y adopción.

#### **2.5.3.1. Recomendaciones.**

- 1) Organizar el módulo de XENCO de activos Fijos, actualizándolo y realizando los cambios requeridos.
- 2) .
- 3) Implementar el procedimiento de manejo de activos fijos en las diferentes áreas del Hospital.
- 4) No realizar ningún movimiento de activos fijos de las diferentes dependencias sin el debido documento y autorización (Traslados, Dar bajas, Ingresos altas, prestamos).
- 5) Realizar la revisión del programa de inventarios por parte del contador con el fin de ajustarlo a la contabilidad.
- 6) Elaborar las evaluaciones semestrales de los proveedores.
- 7) Se le debe elaborar un plan de mejoramiento para los puntos que se encuentran negativos o que no se están cumpliendo.
- 8) Ingresar en el módulo de activos fijos XENCO de acuerdo con el nombre de la factura.
- 9) Elaborar un documento con el acta de baja de los bienes que se deben sacar del inventario
- 10) Conocer muy bien el procedimiento de manejos de los activos fijos en el hospital por parte de la funcionaria encargada y demás funcionarios y ejecutar las diferentes actividades como riesgos, indicadores y formatos entre otras.

**2.5.4. Plan Anual de Adquisiciones:** Adoptado Resolución No 022 enero 2.022. El seguimiento se realiza mediante la evaluación de la ejecución presupuestal con corte a diciembre de 2.022 y se evidencia un adecuado cumplimiento del plan.

El formato de seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones con 20 rubros presupuestales que se evalúan con corte al 31 de diciembre de 2.022 presentó la siguiente ejecución: Se tuvo en cuenta para esta



evaluación las adiciones presupuestales realizadas y el porcentaje se califica sobre los pagos en el 4o trimestre de 2022.

- Actividades con un cumplimiento entre el rango de 51 al 100 % se tienen 17 que equivale al 85,0%
- Actividades cumplidas entre 1 y el 50% se han ejecutado 2 actividades que equivalen al 10,0%.
- Actividades a las cuales no se han ejecutado al 4o trimestre de 2022 es 1 que equivale al 5,0%

#### 2.5.4.1. Recomendaciones.

- 1) Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan anual de adquisiciones del 2.022 de acuerdo con el nuevo plan de desarrollo y actualizarlo en el SECOP.
- 2) Realizar los cambios que sean necesarios al plan de adquisiciones y actualizarlo en el SECOP.
- 3) Subir el plan de adquisiciones para la vigencia del 2023 antes del 31 de enero de 2023 en Gestión Transparente y el SECOP.

#### 2.6. Proceso de Mantenimiento Hospitalario – MHO.

<b>Responsable:</b>	Subgerencia Administrativa
<b>Objetivo:</b>	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
<b>Documentos:</b>	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. Se actualizó en el 2.021, pero no ha sido presentado a la junta directiva para su aprobación

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.

Se tiene un plan de Adquisidores de la vigencia 2.022 con un presupuesto Total inicial para el año 2.022 fue de \$ 5.194.928.260 el cual se distribuyó en los siguientes rubros presupuestales y con los siguientes valores.

- 2.1.2.02.01.003.05 Mantenimiento - Partes, accesorios, herramientas con un valor de \$ 92.417.507.
- 2.1.2.02.01.004.01 Mantenimiento - Mantenimiento Servicios Planta Física con un valor de \$ 71.549.141.
- 2.1.2.02.02.008.04 Mantenimiento - Dotación y vehículos con un valor de \$ 59.549.765.
- 2.1.2.02.02.008.05 Mantenimiento - Servicio de Metrología y Calibración con un valor de \$ 18.000.000

El valor Total de mantenimiento del 2022 de acuerdo a los ingresos iniciales se debió presupuestar en \$ 259.741.428 y el valor que se evidencia en el presupuesto inicial es de \$ 241.516.413.

#### 2.6.1. Recomendaciones:

- 1) Recordar a la Subgerencia Administrativa que debe asignar una partida presupuestal para el 2.022 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 2.023 de acuerdo con el nuevo presupuesto y enviarlo a la seccional de salud de Antioquia.

#### 2.7. Proceso de Control de Gestión - COG:

<b>Responsable:</b>	Asesor de Control Interno
---------------------	---------------------------



<b>Objetivo:</b>	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.
<b>Documentos:</b>	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
<b>Informe:</b>	<p><b>2.7.1. Manual de Procesos Control de Gestión.</b> Se tiene un manual de procesos aprobado por junta directiva acuerdo No 009 de 2.017 y adoptado mediante resolución No 214 de 2.017 el cual está publicado en la página web institucional y socializado con el comité de control interno. Se actualizó en el 2021, pero no ha sido presentado a la Junta directiva para su aprobación.</p> <p><b>2.7.2. Plan Anual de Auditorías Internas:</b> 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 020 de enero del 2.022.</p> <p>Un Código de Ética del Auditor Interno Adoptado mediante la Resolución No 199 de 2.019</p> <p>A diciembre 31 de 2.021 se tiene el siguiente avance del Plan Anual de Auditorías Internas a los diferentes procesos administrativos: Mirar el formato de seguimiento.</p>

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

NOMBRE DEL PROCESO Y/O ACTIVIDAD A AUDITAR	MESES DEL AÑO 2.022												Nro. Total de Auditorías Programadas	Nro. Total de Auditorías Realizadas	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			
<b>AUDITORÍA POR PROCESOS</b>															
Contratación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12	12
Direccionamiento Estratégico	x			x			x			x				4	4
Organización Jurídica												x		1	0
Gestión de Bienes y Suministros						x						x	x	3	3
Gestión del Talento Humano			x			x			x					3	1
Gestión Financiera	x			x			x			x				4	4
Gestión de Transparencia e Información								x						1	1
Servicio Farmacéutico						x							x	2	2
Mantenimiento Hospitalario									x					1	0
Servicios Generales					x									1	0
Plan de Gestión de Residuos PGIRASA					x									1	0
Sistema de Gestión de la Salud SG-SST												x	x	2	2
Arqueos de Caja Menor			x			x			x				x	4	3
Programa para Auditorías de Mejora Calidad PAMEC								x					x	1	1
Riesgos por Procesos					x				x					2	0



Modelo integrado de Planeación y gestión MIPG							x					x	4	1
Planes de mejoramiento		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	11
<b>Total auditorías programadas 2.022</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>54</b>	<b>46</b>
<b>Total auditorías ejecutadas 2.022</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>46</b>	
<b>EL TOTAL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS EN 2.022</b>													<b>85%</b>	

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

**2.7.2.1. Recomendaciones:**

- 1) Presentar a la oficina de control interno los respectivos planes de mejoramiento de los hallazgos encontrados en ellos informes de auditoría.
- 2) Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan anual de auditorías internas a los procesos y el plan de acción del 2.022 de acuerdo con el nuevo plan de desarrollo y presentarlo al comité de control interno para su aprobación.
- 3) Socializar el proceso de Control de Gestión con los jefes de dependencias.
- 4) Capacitar funcionarios en el proceso de auditorías para que se establezca un equipo auditor.
- 5) Colaborar con el PAMEC para que se realice su cumplimiento y seguimiento.

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

- ❖ Informe Ejecutivo Anual Evaluación del Sistema de Control Interno de cada vigencia FURAG II en los meses de febrero y marzo de cada año. El Cual Mide el Índice de Desempeño Institucional con un resultado global de un 67 9% del año 2021.
- ❖ Informe Pormenorizado de Control Interno de ley 1474 de 2.011 en junio y diciembre de cada año.
- ❖ Reporte de Información de Ley de cuotas en el mes de septiembre de cada año
- ❖ Reporte de informe derechos de autor. En el mes de marzo de cada año.
- ❖ Informe consolidado de PQRSF en los meses de junio y diciembre de cada año.
- ❖ El Informe de seguimiento a la Política y Mapa Anticorrupción en los meses de abril, agosto, octubre y enero del año siguiente.

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

**2.7.4. Informe de la Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones PQRSDF para la vigencia del 2.022.** De acuerdo con lo establecido en la norma en la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, se tiene establecido diferentes medios para realizar este procedimiento, como son la oficina de atención al usuario que recibe la queja de forma directa, los buzones de sugerencias, vía internet mediante la página web institucional, por línea telefónica y por correo. Con la información de las PQRSDF se realiza un cuadro consolidado de forma anual que sirve como un insumo para la evaluación de la oficina de Control interno en la institución el cual se adjunta a continuación:



**Cuadro No 5. Resultado de las PQRSDf recibidas por servicios en el año 2.022.**

Actividad o dependencia	Total					Total
	P	Q	R	S	F	
De asignación de citas		6				6
Del servicio de urgencias		19		4		23
De Hospitalización		1				1
De la consulta medica						0
De Farmacia		6		2		8
De Odontología		2				2
De Rayos X				1		1
De acciones de P y P - Vacunación		2				2
De Laboratorio		1				1
De Servicios Generales		1				1
De área Administrativa Atención Usuario		2				2
Otras: Archivo Clínico		2				2
<b>GRAN TOTAL 2.022</b>	-	<b>42</b>		<b>7</b>		<b>49</b>
<b>PORCENTAJE % EN 2.022</b>	<b>0.0%</b>	<b>86%</b>	<b>0.0%</b>	<b>14%</b>	<b>0.0%</b>	<b>100%</b>

**2.7.4.1. Motivos más frecuentes para las PQRS.**

- **En Farmacia:** No se entregan todos los medicamentos en las formulas y no se avisa cuando llegan, solucionar el problema que hay con las largas filas que hay que hacer para reclamarlo, atención de mala calidad y no entregaron medicamentos, porque cuando salieron de la consulta estaba cerrado. Se sugiere tener más personal para la atención en la farmacia.
- **En Urgencias:** Muy demorada la atención en urgencias cuando ingresan al triaje, mejorar la oportunidad en la atención, atención deshumanizada, mala calidad en la atención de algunos médicos y enfermeras. Sugerencia que se tengan tapabocas y antibacterial.
- **En Admisiones:** No contestan el teléfono o se demora mucho, la mala actitud de los funcionarios en la atención, no tienen paciencia con las personas que no saben leer ni escribir y no se brinda explicación clara de la toma de muestra de exámenes de laboratorio.
- **En laboratorio:** no tuvieron prioridad para atender a una materna, y atendieron a otras personas que llegaron después de ella.
- **En odontología:** Desinformación, no la atendieron porque tomo café con leche y ella no sabía y la odontóloga es prepotente y regaña porque si y porque no; y hace preferencias con los usuarios.
- **Servicios Generales:** no hacen bien el aseo, no cumplen con su función adecuadamente.
- **Archivo Clínico:** no le entregaron una historia clínica que necesitaba con urgencia y entrega de historia clínica a la persona equivocada.
- **En Vacunación:** dificultad para agendar las citas y para renovar o sacar el carnet cuando este se le pierde al usuario.
- **En Rayos X:** Se sugiere que cuando se tome los Rayos X, se le explique a los pacientes que no se entregan las lecturas.



**2.7.4.2. Resultado de los servicios prestados del año 2.022.** Durante el año 2.022, se realizaron un total de 16.265 atenciones a los usuarios en los diferentes servicios que ofrece el hospital. A continuación, presentamos el resultado arrojado en el año 2.022 a los siguientes servicios:

**Cuadro Resumen con el Número de Atenciones realizadas por servicio en el 2022:**

Nombre del Servicio	Nro Actividades realizadas	Porcentaje %
Consulta Médica	12.764	12%
Odontología	1.570	1%
Urgencias	8.291	7%
Laboratorio	31.993	29%
Rayos X	1.939	2%
Farmacia	46.310	42%
Hospitalización	179	0%
P y P	7.945	7%

**2.7.4.3. Resultado de las encuestas de satisfacción del año 2.022**

Para el año 2.022 se realizaron en el hospital 2.260 encuestas de satisfacción las cuales arrojaron el siguiente resultado

Nombre del Servicio	Nro Actividades realizadas	Porcentaje %
CONSULTA MEDICA	227	10%
URGENCIAS	182	8%
HOSPITALIZACIÓN	92	4%
LABORATORIO	349	15%
ODONTOLOGÍA Y SALUD ORAL	560	25%
RAYOS X	21	1%
FARMACIA	90	4%
ACCIONES DE PY P	279	12%
PARTOS	35	2%
OTRAS AYUDAS ELECTROS	263	12%
VACUNACION	162	7%

**2.7.4.4. Recomendaciones.**

- 1) Fortalecer la inducción y reinducción a todos los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia sobre el manejo e implementación del procedimiento de las PQRSDF.
- 2) Capacitar a la Asociación de Usuarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia sobre el procedimiento de PQRSDF y hacerle entrega de los formatos para formulación.
- 3) Es importante resaltar que se ha mejorado notablemente en la atención al usuario por todo el personal que labora en el Hospital, se debe continuar prestando un servicio con calidad, oportunidad y más humanizado.



- 4) Es muy importante que se tenga identificado los temas más recurrentes del procedimiento de las PQRS, con el fin de establecer espacios con los líderes de los procesos con el fin de mejorar la prestación de servicios.
- 5) Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento resultado del procedimiento de las PQRS.
- 6) Organizar el lenguaje que se utiliza en los cuestionarios con el fin de que cualquier usuario la entienda y la pueda elaborar
- 7) Brindar una respuesta oportuna, completa y clara a todas la PQRSDF que se radiquen en el Hospital

### 2.7.5. Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

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

En el año del 2.018 se realizó el diagnóstico del MIPG de acuerdo con la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la cual 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.

### Resultados del FURAG II (Índice de Desempeño Institucional) vigencia 2021

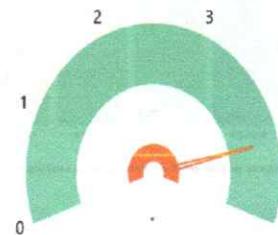
#### Resultados generales



Nota 1: El promedio de grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo (más información ver archivo *Descripción Grupos Pares*). Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

Nota 2: Para el filtro o consulta de una sola entidad, el mínimo y máximo corresponden a

#### Ranking (cuartil)



Nota 1: La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.

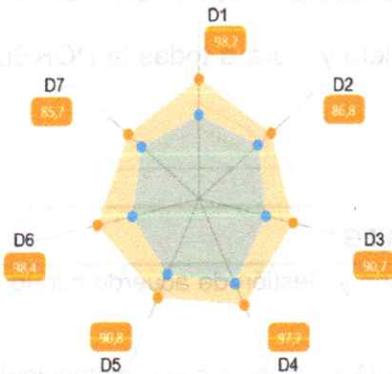
Nota 2: Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en el cuartil 5; las entidades con menores puntajes están ubicadas en el cuartil 1.

Nota 3: Los cuantiles son los cuatro valores (cuantiles 0.2, 0.4, 0.6 y 0.8) que permiten



## I. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado

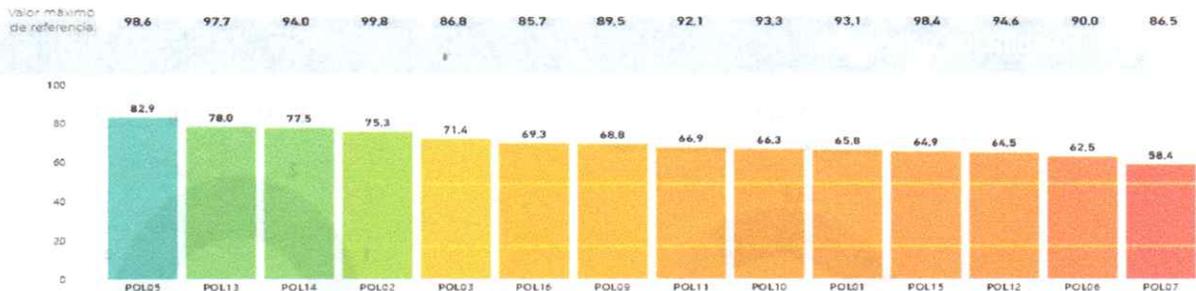


Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	69,5	98,2
D2: Direccionamiento y Planeación	71,4	86,8
D3: Gestión para Resultados	64,4	90,7
D4: Evaluación de Resultados	78,0	97,7
D5: Información y Comunicación	69,6	90,8
D6: Gestión del conocimiento	64,9	98,4
D7: Control Interno	69,3	85,7

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.

## II. Índices de las políticas de gestión y desempeño

Consulte aquí recomendaciones de mejora por entidad



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

POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano  
POL02: Integridad  
POL03: Planeación Institucional

POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos  
POL06: Gobierno Digital  
POL07: Seguridad Digital

POL09: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción  
POL10: Servicio al ciudadano  
POL11: Racionalización de Trámites  
POL12: Participación Ciudadana en la Gestión Pública  
POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional  
POL14: Gestión Documental  
POL15: Gestión del conocimiento  
POL16: Control Interno

### 2.7.5.1. Recomendaciones.

- Socializar el Código de ética y buen gobierno y el código de Integridad.
- Fortalecer la Política de participación ciudadana en el Hospital.
- Socializar el Plan Operativo Anual y de gestión gerencial.
- Socializar el Manual de inducción y reinducción.
- Actualizar los procesos y procedimientos al nuevo Mapa de Procesos.
- Se debe socializar el plan de trabajo e implementar el SG-SST.
- Elaborar, implementar y adoptar el Manual operaciones del SGI del Hospital.

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com



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

**2.7.6. Los Indicadores de calidad:** Estos son tenidos en cuenta para la evaluación de las diferentes dependencias durante la vigencia del 2.022 y que son otro de los insumos para la evaluación de la oficina de control interno.

Estos se revisan a través de los correos institucionales con las hojas de cálculo que tienen las siguientes dependencias en la carpeta de Indicadores de Calidad 2.022:

- ❖ Cuadro de Mando de Indicadores de Apoyo Diagnostico y Terapéutico.
- ❖ Cuadro de Mando de Indicadores de Consulta Médica General.
- ❖ Cuadro de Mando de Indicadores de Hospitalización.
- ❖ Cuadro de Mando de Indicadores de Urgencias.
- ❖ Cuadro de Mando de Indicadores de Odontología.
- ❖ Cuadro de Mando de Indicadores de Promoción y Prevención.
- ❖ Cuadro de Mando de Indicadores de Servicio Farmacéutico.
- ❖ Cuadro de Mando de Indicadores Financieros.



**2.8. Proceso de Gestión Financiera - GFI**

<b>Responsable:</b>	Subgerencia Administrativa
<b>Objetivo:</b>	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.
<b>Documentos:</b>	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:**

- En el presupuesto de Ingresos que pasa la subgerencia administrativa para el febrero 16 de 2023, en el rubro presupuestal 1.1.02.05.001.09.02.02 Régimen Contributivo presenta un valor según reconocimientos de \$ 1.855.783.890 el cual está conformado por los rubros 1.1.02.05.001.09.02.02.02 Régimen Contributivo No capitado por un valor de \$ 1.511.657.276 y el rubro 1.1.02.05.001.09.02.02.-1 Régimen Contributivo - Cápitado VIG ANT por un valor de \$ 215.927.341 los cuales suman un valor de \$ 1.727.584.614, frente a lo que se tienen en el presupuesto de \$ 1.855.783.890 lo cual presenta un faltante de \$ 128.199.276.
- El rubro presupuestal 1.1.02.06.006.06.02.02 Aportes del Departamento – Estampillas presenta un valor según reconocimientos de \$ 29.654.913. y en los aportes del dpto. presenta un saldo de \$ 26.605.771 presentando una diferencia \$ 3.049.142. Lo que presenta una diferencia en el presupuesto de reconocimientos totales de \$ 131.248.418.
- Es de anotar que la ejecución presupuestal fue entregada por la sugerencia administrativa a control interno el 16 de febrero del 2023, lo cual retarda el cumplimiento del plan de auditorías a los procesos presentado por esta oficina.
- Al corte de diciembre 31 de 2.022 se presenta unas CxP distribuidas en 146 clientes con un saldo de \$ 1.056.7 millones: En este valor no está incluido el pago de las estampillas que se adeudan al departamento y al municipio.
- De estas CxP a diciembre 31 de un total \$ 1.056.7 millones, se tienen 45 clientes que tienen CxP con un saldo mayor de \$ 5 millones la cual suma en su totalidad \$ 898.6 millones que representa el 85%. Es muy importante tratar de realizar el pago de estas cuentas.
- Las CxP que se tienen con los empleados del Hospital a diciembre 31 de 2.022 son de \$ 284.2 millones entre nómina y primas. Con vencimiento de más de 361 días por un valor de \$ 75.3 millones y este valor equivale al 26.6% del total de la CxP que son 1.056.7. Se recomienda ponerse a paz y salvo con los empleados en las cuentas de más de 361 días.
- Pero también se tienen 29 clientes a los cuales se les adeuda saldo menor de \$ 500.000 lo que se recomienda su pago ya que son saldos muy pequeños que valen \$ 5.079.119 millones. Esta dependencia recomienda realizar los pagos. No impactan mucho en el valor total de la cartera pero rebajan mucho los clientes a los que se les adeuda.
- Hay 5 clientes a los cuales se les adeuda un valor mayor de \$ 20 millones, los cuales suman unas CxP en total \$ 492.5 millones de un total \$ 1.056.7 millones que representa el 46.6%. Pero de estos 5 clientes hay uno que es el Hospital (a funcionarios por primas) con un valor de \$ 284.2 que representa el 26.9% y Cohan con \$ 123.6 Millones que representa el 11.7% del total de las CxP a diciembre 31 de 2022 que fueron \$ 1.056.7.



- El mayor porcentaje de las CxP a diciembre 31 del 2.022 está en los rangos de 1 a 30 días con un saldo promedio al año de \$ 377.9 millones que es el 36.6% y de más de 360 días con un saldo promedio al año de \$ 338.4 millones que representa el 38.8%, lo que equivalen al 75.4% del promedio total de las cuentas por pagar de \$ 1.030.8.
- En las CxP con corte a diciembre 31 tenemos 41 exfuncionarios a los cuales se les adeudan su liquidación u otros pagos por un valor total de \$ 274.9. millones que equivale con respecto al total en un 26%. Pero lo más delicado es que se tienen 21 exfuncionarios que tienen unas CxP por valor de \$ 180 en el rango de más de 180 días de vencido. **Es muy importante realizar el pago lo antes posible.**
- Se evidencia que existen saldos por pagar a 17 Hospitales del Dpto que suman \$ 48.4, es muy importante mirar si estos también nos deben a nosotros para mirar la posibilidad de un cruce de pagos.
- Es de anotar que para este informe no se tuvo en cuenta las CxP por concepto de pago de estampillas del Departamento y el municipio
- Como podemos ver en el cuadro anterior la mayor cartera vencida en diciembre 31 de 2.022 se encuentra en los rangos de 0 a 30 días con \$ 399.8. millones que equivale al 17.2% y en más de 720 días con \$ 1.285.3 millones con porcentaje de 55.3.%. del total de la cartera. **Es un valor muy alto y se requiere que se tomen medidas efectivas por parte de la alta dirección para la recuperación de esta cartera de difícil recaudo.** Estos porcentajes una vez descontados anticipos.
- Del valor total de la cartera a diciembre 31 de 2.022 por \$ 2.323.9 millones repartida en 102 clientes, se puede observar que hay 18 clientes que son los que presentan una cartera de mayor valor por \$ 2.162.8 millones de un total de \$ 2.323.9 millones descontados los anticipos que representan el 93%. De acuerdo con lo antes expuesto se deben de establecer las medidas para realizar un cobro efectivo de estos 18 deudores lo cual tendría un impacto demasiado significativo en el saldo total de cartera.
- Se evidencia que se tienen unos saldos con vencimiento de más de 720 días en 3 entidades que están en proceso de liquidación, como son Cafesalud con un saldo de \$ 154 millones, Saludcoop con \$ 22 millones y Caprecom \$ 6.3.
- En el mes de noviembre de 2.022 se presentaron 13 glosas por un valor de \$ 1.768.389 de una facturación por valor de \$ 22.319.577 millones y después de realizados los procedimientos en el Hospital se aceptaron glosas por valor de \$ 1.202.850 y se presentaron glosas con daño patrimonial por un valor de \$ 165.790 de tres facturas de la entidad Regional de Aseguramiento.
- Los recaudos de efectivo de cada una de las áreas no deben ser guardado por los funcionarios en los bolsillos y/o en sus bolsos

### 2.8.2. Recomendaciones.

- a) Se recomienda retirar de la estructura presupuestal unos rubros que no presentan movimientos en todo el año.
- b) Se recomienda realizar en el comité de saneamiento fiscal y financiero una revisión a fondo de la cartera para realizar una depuración de acuerdo con la normatividad vigente.
- c) Revisando con la Auxiliar Administrativa de Cartera el proceso que se está llevando para el cobro de la cartera se puede evidenciar que existen muchos vacíos y desconocimiento por parte de la funcionaria para estos cobros. Por lo tanto, esta oficina recomienda que se debe solicitar a la Asesora Jurídica del Hospital una capacitación y asesoría al personal de cartera sobre el manejo del proceso de cobro prejurídico.



- d) Se recomienda se realice de forma diaria en seguimiento por parte de la sugerencia administrativa, al presupuesto, la cartera, las cuentas por pagar y en especial al boletín diario de caja lo mismo que al informe del decreto 2193.
- e) Se debe realizar un mayor control por parte del Subgerente administrativo de las ejecuciones presupuestales, con el fin de evitar malos manejos y errores en las ejecuciones de ingresos y gastos.
- f) Se debe de realizar por parte de la funcionaria de cartera las consignaciones diarias de efectivo con el fin de que en el Hospital no se manejen altas sumas de dinero y que el respectivo jefe del área realice el seguimiento.
- g) Se recomienda revisar el procedimiento de recaudo de dinero en efectivo de las diferentes áreas y hace un mejor seguimiento
- h) Con la información antes relacionada se puede evidenciar la forma como se están realizando el manejo presupuestal, las conciliaciones, los boletines de caja, las deudas y las cuentas por cobrar por los funcionarios del área financiera del hospital, dejando ver que se realizan de acuerdo con la normatividad vigente, en una forma oportuna y veraz.
- i) Es muy importante que la ejecución presupuestal sea entregada a esta oficina de forma mensual y no de forma retardada. Esto retrasa ejecutar la auditoría a los procesos financiero y estratégico del plan operativo anual y de desarrollo entre otros.
- j) 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.
- k) 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.
- l) Se recomienda se siga realizando de forma mensual el pago de las estampillas y el acuerdo de pago que se tiene con el Municipio y mirar con el departamento. Se recomienda hacer acuerdo de pago o llegar a un arreglo con el Departamento.

### 3. ANEXOS:

- 1) Cuadros de la Evaluación del Plan de desarrollo Institucional del 2.022
- 2) Informe de Auditorías Internas de los procesos administrativos del 2.022.
- 3) Informe de la oficina de atención al usuario del 2.022
- 4) Cuadro con los contratos de 2.022.
- 5) Informe y auditoria del SG-SST del 2.022.
- 6) Resultados del FURAG II del DAFP del 2.021
- 7) Cuadros de mando de los indicadores de calidad de los diferentes servicios.
- 8) Cuadro con la programación de los comités.

**JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA**  
Asesor de Control interno.

Código del Proceso: 2100-21-126

Versión: 6.0 - 2023

Elaborado por: Asesor de Control Interno

Fecha Documento: 7 febrero de 2023

Aprobado Por: Gerente Empresa Social del Estado

**Salud Integral para Todos**

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com