

OFICINA DE CONTROL INTERNO

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS - OFICINA DE CONTROL INTERNO

Enero 2024

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

INTRODUCCION

Este informe se presenta en cumplimiento a las funciones propias e inherentes al ejercicio del control interno, de conformidad a lo referido en la Ley 87 de 1993 y el decreto 1083 del 26 de mayo del 2015, único reglamentario del sector de la función pública y el decreto N 648 del 19 de abril del 2017, relacionado con los roles y responsabilidades de la oficina de control interno y siguiendo las directrices impartidas en la guía de evaluación emitida por el departamento administrativo de la función pública.

La oficina de Control Interno evaluó la gestión final de cada una de las dependencias de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús con corte a 31 de diciembre del 2023, Para realizar el procedimiento de evaluación por dependencias, se tomaron como insumos el plan operativo anual reportado por la oficina de planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

En este informe se evidencia el estado actual de cada una de las dependencias de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús para la vigencia 2023, con el propósito de promover en mejoramiento continuo en el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

MARCO LEGAL

- Ley 87 de 1993
- Decreto N° 1083 del 26 de mayo de 2015
- Decreto N° 648 del 19 de abril de 2017

OBJETIVO

Evaluar la gestión de cada una de las dependencias de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús en la vigencia 2023. La evaluación tiene como propósito determinar el impacto y desarrollo del sistema de control interno en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, con el fin de que se tomen en consideración como uno de los criterios para la toma de decisiones y concertaciones para periodos futuros.

ALCANCE

Verificar el grado de cumplimiento de la gestión desarrollada por cada una de las dependencias de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la vigencia 2023, con el fin de analizar el nivel de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional, liderada por la oficina de planeación.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 01 DE
ENERO DEL 2024**

DEPENDENCIA: SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de las diferentes actividades productivas en la ESE, a través de las actividades de promoción y protección de la salud y de la identificación de los peligros, evaluación y control de los riesgos ocupacionales, que contribuyan al bienestar físico, mental y social de los colaboradores, con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades laborales

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Implementación y evaluación del SG-SST	N° de requisitos legales cumplidos/N° total de requisitos legales aplicables*100	79%	100%	Conforme a los resultados de evaluación de cumplimiento de requisitos legales en materia de riesgos laborales, se ha identificado un total de 497 requisitos que han sido analizados de manera específica para la determinación de su aplicabilidad a la actividad económica de la ESE. En este análisis se ha determinado, que en 2023 se dio cumplimiento al 79% de los requisitos legales y de otra índole asociadas a riesgos laborales.
	(N° total de A.T en el mes/ N° promedio de trabajadores en el mes*100	0.4	Por cada 100 trabajadores se presentan <1.5 accident	El comportamiento de los eventos relacionados con accidentes de trabajo se mantiene por debajo de la meta establecida con un promedio de 04 accidentes de trabajo en la durante el año 2023; en el cuarto trimestre siendo la máxima de 1.3 accidente de trabajo por cada 100 trabajadores. Los

E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

		es de trabajo en el mes por cada 100 trabajadores	cuatro accidentes presentados fueron calificados como leves y no requirieron de incapacidad. En este sentido la meta establecida por el presidente indicador se cumplió para la vigencia 2023.
N° de días de incapacidad por accidente de trabajo en el año número de días cargados en el año/N° de trabajadores en el año*100	100%	<8 días perdidos por accidente de trabajo en el mes por cada 100 trabajadores	En el año 2023 no se han reaccionado reportes de enfermedades de origen laboral. La severidad de los accidentes de trabajo que se presentan al interior de la institución conserva una tendencia a clasificarse como accidentes de trabajo leves, es decir que no presentan repercusiones en las funciones físicas o mentales de la persona afectada. Cabe considerar que los accidentes de origen biológico relacionadas con funciones o salpicaduras de sangre sobre mucosas se realizan como medida de seguimiento al trabajador afectado a fin de monitorear su condición de salud y predecir con oportunidad la transmisión de infecciones asociadas a la atención en salud a la cual se exponen los trabajadores que por accidente entran en contacto directo con fluidos corporales de los pacientes.
(N° de accidentes mortales en el año / N° total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año)*100	0%	0%	De la totalidad de los accidentes de trabajo reportados en la vigencia 2023, no se reportan accidentes en los que se involucren la pérdida de vidas humanas que estén asociadas al funcionamiento y misión del hospital. demandan desplazamiento por vía pública.
(N° de casos nuevos y antiguos de enfermedad en el año/N° promedio de trabajadores en el año) *100.000	0 casos	0 casos	En lo corrido del año 2023 no se cuenta con casos calificados de enfermedad laboral que aún se encuentren bajo tratamiento o manejo médico.
(N° de casos nuevos de enfermedad laboral en el año/N° promedio de trabajadores en el año)*100.000	0 casos	0 nuevos casos de enfermedad laboral	En el año 2023 no se presentaron nuevos casos de enfermedad laboral calificado por la ARL. Estos resultados indican que se da cumplimiento a la meta establecida de cero casos nuevos de enfermedad laboral en la población trabajadora que forma parte del hospital, en los cuales incluyen funcionarios y contratistas.

	(Nº de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes/Nº de días trabajo programados en el mes) *100	<7%	<1%	La pérdida de días programados para el mes de octubre ascendió a 0.21% derivados de evento en salud incapacitante que involucra a un contratista. Pese que los días perdidos por causa médica de mayor impacto se presentaron en los meses de abril y mayo, estos no superaron a línea base establecida definida por el hospital, por lo cual, se logrado dar cumplimiento a la meta trazada para esta vigencia.
	Nº de peligros con nivel de riesgo aceptable/ Nº total de peligros identificados*100	=>70% de los peligros estarán valorados con nivel de aceptabilidad por encima de I y II	76%	Los resultados de revisión de implementación de controles establecidos y la eficiencia de estos para la gestión de los riesgos ocupacionales durante la vigencia 2023, se establece que, de las 180 fuentes de peligro identificadas, el 1% representan riesgos muy altos lo que indican que las actividades generadoras de este riesgo se encuentran suspendidas por falta de controles. Estas actividades están centradas en labores de mantenimiento que demanden trabajo en alturas. Adicionalmente, dentro de este grupo se encuentran actividades asociadas a los riesgos de tránsito a los cuales se exponen los operarios de vehículo asistenciales por la ausencia de procedimientos clave para la gestión de tránsito, que entre otros incluye: proceso de evaluación, selección y entrenamiento de conductores, gestión de plan de mantenimiento vehicular y revisión de preoperacional. Seguido, se encuentra los riesgos valorados aceptables con controles específicos representados por el 23%, estos incluyen riesgos derivados de la gestión de los riesgos biológicos estrechamente relacionadas con la conducta de las personas; riesgos psicosociales derivados principalmente por la gestión organizacional; disponibilidad de mobiliario y elementos de confort ergonómico para el cierre de brechas relacionadas con las demandas biomecánicas. Para efectos de interés del presente indicado, el 76% de las fuentes de peligros están calificadas con nivel de riesgo mejorable (57%) y aceptable (19%). Estos resultados indican el cumplimiento de la meta establecida con 6 puntos porcentuales. Estos resultados pueden presentar variaciones futuras relacionadas la no continuidad de los controles y con la aparición de nuevas

				fuentes de peligro, razón por la cual la gestión de este indicador debe ser continua.
	N° de peligros intervenidos en su totalidad/N° total de peligros identificados*100	Intervención del 60% de los peligros identificados	82%	La implementación de controles a las fuentes de peligro identificados tiene como propósito modificar el nivel de riesgo, desde su eliminación total o disminución de la capacidad de afectación a las personas que entren en contacto con este. Los controles que se han mantenido e implementado en su totalidad, que para efectos de la valoración corresponde a los controles efectivos incluidos controles históricos, se alcanza un cumplimiento de 82% de las fuentes, seguido del 12% que reúne la implementación de controles parciales hacia la gestión de los riesgos identificados estos. Estos controles se caracterizan por mostrar iniciativas débiles o resultados no medible o efectivos. El 6% de los controles definidos no se han implementado.
	N° de trabajadores que aprueban la evaluación de conocimiento/N° total de trabajadores*100	85%	88%	Valorar los conocimientos básicos en seguridad y salud entorno al reconocimiento de los aspectos que componen el compromiso institucional en materia de riesgos laborales, los cuales forman parte de las políticas institucionales, el reconocimiento de los mecanismos y canales de comunicación con la gestión SST y la identificación de eventos de interés en seguridad y salud en el trabajo tiene como propósito promover entre los equipos de trabajo la participación activa de los colaboradores en la gestión de los riesgos ocupacionales mediante el reporte oportuno de eventos de interés para el mejoramiento de la gestión SST desde la prevención, el control y las acciones de mejora. En este sentido, se realizó la evaluación de conocimientos básicos mediante la aplicación de 6 preguntas clave que evalúan la contextualización de la SST en los trabajadores. La aprobación de la evaluación de conocimientos debe ser igual o superior de 2.0. En esta primera apuesta, el 88% de los trabajadores aprobaron la evaluación de conocimiento mínimos en SST. Esta evaluación que supera la meta establecida permite inferir que los procesos de comunicación y capacitación son efectivos y prueba de ello se evidencia en la iniciativa de

				los trabajadores para reportar eventos de interés SST a través de los canales de comunicación.
	N° de planes de acciones correctivas ejecutados/N° de planes de acciones correctivas emitidos*100	60%	76%	Gestionar las acciones correctivas, preventiva y de mejora (ACPM) conlleva al cumplimiento del lineamiento de la política SST referente al mejoramiento continuo, mediante el reconocimiento de las desviaciones y oportunidades que se presentan en contexto que potencializan el logro de los objetivos propuestos. Para la vigencia 2023, se establecieron un total 30 ACPM de las cuales se dieron cierre al 83% de las mismas. Las acciones pendientes para gestionar en la vigencia 2024 presentan relación estrecha con la gestión de programas para la gestión de actividades de alto riesgo y el abordaje de acciones de promoción y prevención entorno a los riesgos psicosociales.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

El sistema de gestión de seguridad y de salud en el trabajo cumplió satisfactoriamente con 80% de los indicadores claves para la vigencia 2023.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Mantener actualizados los documentos que orienten y direccionan el desarrollo de la gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús facilitando la búsqueda de resultados acertados con las realidades y necesidades que se tienen en materia y, que tienden a promover una cultura de seguridad en todos los niveles de la organización.
- A pesar de que el indicador muestra un cumplimiento del 80%, la revisión, actualización y adaptación al entorno cambiante de la entidad debe ser una constante para evitar riesgos laborales dentro de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Enfocar los indicadores al desarrollo de la mitigación de los riesgos la batería psicosocial de manera que permitan generar acciones de alto impacto en los colaboradores de la institución.
- Promover acciones de pausas activas de manera constante por cada uno de los servicios de la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

 <p>E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS Nit:846000471-5</p>	 <p>mipg modelo integrado de planeación y gestión</p>
---	---	---

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública , la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús , este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 01 DE
ENERO DEL 2024**

DEPENDENCIA: GESTION DE TALENTO HUMANO

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Proveer el talento humano necesario, con personal idóneo y motivado para contribuir al logro efectivo de objetivos y metas Institucionales de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Diseño y aprobación del Plan de Bienestar e incentivos.	Plan de bienestar e incentivos	100%	Plan de bienestar e incentivos	Se evidencia un plan de bienestar e incentivos documentado y aprobado para la vigencia 2023, logrando así la ejecución satisfactoria del 100% de esta actividad.

Seguimiento y evaluación a la ejecución del Plan de Bienestar e incentivos.	N° de actividades ejecutadas del plan de bienestar e incentivos / Total de actividades programas del Plan de bienestar e incentivos *100	78%	75%	Para la vigencia 2023 el plan de bienestar e incentivos ejecuto 7 actividades de las 9 actividades programadas, para un cumplimiento de ejecución del 78%. Actividades que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores y para ello la oficina de recursos humanos debe diseñar, estructurar, implementar y ejecutar un plan que garantice un ambiente favorable en el desarrollo de las actividades laborales. Como soporte se evidencia Informe de ejecución del plan de Bienestar e incentivos.
Formular el plan de inducción y reinducción institucional	Un plan de inducción y reinducción.	100%	Un plan de inducción y reinducción.	Se cuenta con un plan de inducción y reinducción documentado con las respectivas firmas de aprobación del documento el cual está listo para el proceso de implementación en la institución
Seguimiento del plan de Inducción y reinducción	N° de trabajadores a quienes se les realizo inducción y reinducción / Total de trabajadores de la E.S.E *100	100%	0%	En la vigencia 2023 no se da cumplimiento al desarrollo de esta actividad de inducción y reinducción debido, a que solo se realizaron unos avances de inducción por algunos procesos originando un incumplimiento del desarrollo de la actividad según el indicador establecido.
Formulación del plan de Capacitaciones institucional	Un plan de capacitaciones institucional	100%	Un plan de capacitaciones institucional	Para la vigencia 2023 se evidencia un plan de capacitación institucional de las dependencias administrativas y asistenciales, el cual es soportado por cada una de los de los cronogramas de trabajo por los diferentes procesos de la ESE, por tal motivo se da un cumplimiento del 100% de la actividad.
Verificación y monitoreo del cumplimiento del plan de capacitaciones	N° de actividades de capacitación realizadas / N° de actividades de capacitación programadas *100	87%	80%	Para el área administrativa y asistencial se programaron 228 capacitaciones para la vigencia 2023, teniendo en cuenta los diferentes procesos como los siguientes: Salud y Seguridad en el Trabajo, jurídica y contratación, recursos humanos, financiera, estadística, sistemas e información, hospitalización, laboratorio, Promoción y Mantenimiento. En donde de las 228 capacitaciones programadas se realizaron 220 para un porcentaje de cumplimiento del 85% porcentaje aceptable de acuerdo con el indicador de medición. Como soporte se evidencia Informe de ejecución del Plan de Capacitaciones.

Realizar la respectiva gestión de la inscripción de los diferentes cargos a la OPEC	N° de cargos para concurso / N° total de cargos reportados a la OPEC carrera en vacancia *100	100%	90%	Se realiza la verificación en la plataforma de la CNSC. Donde se puede visualizar el cargue del 100% de todos los cargos provisionales de carrera administrativa y asistencial en la plataforma.
Evaluación del desempeño y las competencias laborales de los trabajadores inscritos en carrera a través de la plataforma EDL de la CNSC sobre los objetivos a evaluar	N° de trabajadores evaluados / N° total de trabajadores inscritos en carrera *100	100%	100%	En la vigencia 2023 se realiza la evaluación del desempeño y de las competencias laborales de los trabajadores inscritos en carrera de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, para lo cual se evaluaron 5 trabajadores de 5 trabajadores inscritos en carrera, para un cumplimiento del 100% a esta actividad. Estas evaluaciones de desempeño permiten medir las capacidades y habilidades de los colaboradores de la Institución, con la finalidad de poder orientar y guiar a cada trabajador en el cumplimiento de sus metas. Como soporte se evidencia Reporte de evaluación de la plataforma EDL

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La ejecución de las actividades realizadas por la dependencia de Gestión del Talento Humano logro un 87% de cumplimiento correspondiente a los valores esperados para la vigencia 2023, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Programar actividades orientadas a mantener y mejorar la comunicación asertiva entre los funcionarios, estimular a todas las dependencias en pro de establecer un ambiente favorable en el desarrollo de las actividades laborales, su grupo familiar, y contribuir al mejoramiento continuo de su calidad de vida.
- Realizar medición del clima laboral, adaptación al cambio organizacional, trabajo en equipo y demás actividades que permitan mantener un ambiente laboral satisfactorio dentro de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Establecer estrategias que permitan realizar una inducción y reinducción a todos los colaboradores de la institución al iniciar su proceso de vinculación con la ESE HSCJ.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública , la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 01 DE
ENERO DEL 2024**

DEPENDENCIA: MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTIÓN

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Dinamizar la gestión dentro de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús para dirigir, planear, ejecutar, evaluar, hacer seguimiento, y controlar la gestión que se realiza en todos los procesos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y de la institución.

MEDICION DE COMPROMISOS

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG reglamentado por el Decreto 1499 del 2017.	N° de actividades realizadas de acuerdo con el plan de acción MIPG / N° de actividades programadas de plan de acción MIPG *100	89%	80%	Se realiza revisión del informe del desarrollo del Modelo Integrado de Planeación -MIPG con corte anual. Se puede visualizar que de las 18 actividades programas para la vigencia se realizaron 16 para un porcentaje de cumplimiento del 89 % de las actividades programadas para la vigencia 2023; como soportes se evidencia Informe trimestral y un informe anual de avance del MIPG, además de cada uno de los anexos del desarrollo de las actividades.

Seguimiento al plan anual de auditorias	Nº. De actividades realizadas para la vigencia objeto de evaluación / Nº. Total, de actividades programadas * 100	83%	80%	En la vigencia 2022 se dio cumplimiento al plan anual de auditorías. De acuerdo con el indicador establecido, se visualiza que se realizaron 20 de 24 actividades programadas, para un porcentaje de cumplimiento del 83%. A continuación, se nombrarán algunas actividades: 4 auditorías como: 1. Gestión de talento humano/ unidad de talento humano-hojas de vida y planes institucionales 2. Unidad de la información - servicio de información y atención al usuario-SIAU 3. Unidad de la información-gestión documental 4. Gestión financiera, y demás actividades ejecutadas para dar cumplimiento al plan operativo anual. Como soportes se evidencia Informe trimestral y anual de cumplimiento al Plan anual de auditoría.
---	---	-----	-----	--

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La ejecución de las actividades realizadas por el modelo integrado de planeación y gestión logro un 89 % de cumplimiento correspondiente a los valores esperados para la vigencia, por lo que se evidencia el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Es de gran importancia continuar con los seguimientos de manera trimestral con el fin de alcanzar los resultados obtenidos del plan de trabajo del modelo integrado de planeación y gestión –MIPG.
- Se sugiere seguir gestionando acciones que permitan tener un profesional exclusivamente para el desarrollo del sistema de gestión de la calidad con el fin de optimizar actividades, mantener la efectividad en las operaciones, lograr la satisfacción de la población y crear un entorno de trabajo en mejora continua.
- Continuar con el seguimiento al plan de auditorías en donde permita que la E.S. E Hospital Sagrado Corazón de Jesús asuma una postura de responsabilidad social en donde se promueva el mejoramiento de la calidad de los servicios de la institución, permitiendo que el plan de auditorías realice seguimiento de las actividades misionales programadas y de esta forma asesorar a las diferentes dependencias en los ajustes y mejoras que se requieran.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 1 DE ENERO
DEL 2024**

DEPENDENCIA: SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Evaluar y verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación, sistema de información, auditoría interna y programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad PAMEC, con el fin de mantener una buena prestación de los servicios donde se vea reflejada una atención con calidad y oportunidad.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Autoevaluación de estándares de habilitación según Resolución 3100 del 2019	Nº de servicios autoevaluados en resolución 3100 / Total de servicios * 100	100%	100%	Se evidencia autoevaluación de los todos los servicios de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús: Sede principal, sede Promoción y Mantenimiento, sede el Tigre y sede el Placer, para un porcentaje de cumplimiento del 100% para la vigencia 2023.
Seguimiento a Plan de Auditoría Interna para el cumplimiento de estándares mínimos de habilitación según resolución 3100 del 2019.	Nº de auditorías realizadas / Nº de auditorías programadas *100	100%	90%	El plan de auditoría interna de calidad se cumplió en su totalidad, con un porcentaje de ejecución del 100% para la vigencia 2023, logrando el mejoramiento de la calidad de la atención en salud dentro de la institución, ejecutando 42 de 45 actividades programadas. Como soportes se evidencia Informe de ejecución de plan de auditoría

				interna de estándares de habilitación según resolución 3100 del 2019.
Operativización de los comités de obligatorio cumplimiento.	Nº de comités que se reunieron ordinariamente según lo programado / Total de comités programados	88%	80%	De acuerdo con el indicador establecido, se identifica un cumplimiento del 88% lo cual es satisfactorio porque cumple con la meta establecida al cumplir con 92 de las 104 actividades programadas para la Vigencia 2023. Como evidencia se encuentran los soportes el cual reposan en la oficina del Sistema de Gestión de Calidad.
Programa de seguridad del paciente con su respectivo plan de trabajo documentado, de acuerdo con los lineamientos dados a nivel nacional por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Nº de actividades del plan de trabajo del programa de seguridad del paciente realizadas con un cumplimiento del 80% / total de actividades del plan de trabajo del programa de seguridad del paciente.	90%	80%	El programa de seguridad del paciente para la vigencia 2022 realizó 224 actividades de 254 actividades programadas, para un porcentaje de cumplimiento del 90%. Como soporte se evidencia un Informe trimestral y anual de ejecución del plan de trabajo del programa de seguridad del paciente.
Evaluación de la perspectiva de seguridad del paciente en la institución	Nº. de trabajadores encuestados que calificaron la implementación del programa sobre 3 o más / total de trabajadores encuestados.	92%	80%	La perspectiva institucional de seguridad del paciente cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 92% que corresponde a 46 de los 50 trabajadores que calificaron el programa para la vigencia 2023. como soporte se cuenta con un informe de aplicación de encuestas sobre clima de seguridad del paciente.
Seguimientos a la implementación de las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente	Nº de acciones de la guía técnica de seguridad del paciente implementadas según los servicios ofertados / total de acciones de guía de técnicas de seguridad del paciente que le corresponden a la institución según los servicios ofertados.	100%	70%	Para la vigencia 2023 se obtuvo un indicador del 100% cumpliendo a cabalidad el número de acciones de la guía de seguridad del paciente, ejecutando 12 de 12 socializaciones propuestas. Se evidencia informe de implementación de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente.

Gestión de eventos Adversos e incidentes	Nº de eventos adversos gestionados / Total de eventos presentados *100	100%	90%	En la Gestión de Eventos Adversos durante la vigencia 2023 se reportaron 15 eventos adversos de los cuales 15 de ellos se gestionaron de manera oportuna, dando cumplimiento al 100% a esta actividad. Se evidencia informe trimestral y anual sobre el análisis de la gestión de eventos adversos e incidentes.
Seguimientos indicadores del programa de seguridad del paciente.	Nº de indicadores del programa de seguridad del paciente con cumplimiento del 80% / total de indicadores del programa de seguridad del paciente *100	100%	80%	Para la vigencia 2023 dentro de los indicadores del programa de seguridad del paciente se establecieron 13 indicadores de obligatorio reporte y cumplimiento, de los cuales no se identificaron desviaciones de los indicadores de seguridad y se encuentran dentro de las metas establecidas con un cumplimiento del 100%. Se puede evidenciar soportes como Informe trimestral de indicadores del programa de seguridad del paciente e informe anual.
Seguimiento a los indicadores del sistema de información para la calidad.	Nº de indicadores del sistema de información que están sobre el 80% de cumplimiento / total de indicadores del sistema de información.	100%	80%	Para lograr con el objetivo de indicadores del sistema de información se contemplaron 11 indicadores de los cuales 2 no cumplieron con la meta establecida obteniendo un porcentaje del 81% de ejecución para la vigencia 2023. Se evidencia Informe trimestral y anual de indicadores del sistema de información para la calidad.
Formulación del Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad	Un programa	100%	Un programa	La E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús cuenta con un programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, como soportes para el cumplimiento de esta actividad se evidencia un programa de auditoria estructurado y documentado cumpliendo al 100% con el indicador para la vigencia 2023.
Evaluación a la ejecución del Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad	Nº de actividades realizadas del plan de acción de PAMEC / Nº de actividades programadas del plan de acción de PAMEC.	90%	94%	Referente a la efectividad del programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud, su desarrollo fue positivo con una ejecución de 93.5%, con solo 3 actividades de mejoramiento inconclusas las cuales quedan bajo compromiso cumplirlas en la vigencia 2024.
EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:				



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

La ejecución de las actividades realizadas por el Sistema Obligatorio de Garantía en Calidad de Salud logro un 91% de cumplimiento correspondiente a los valores esperados para la vigencia, por lo que se evidencia un buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Dar continuidad al proceso de actualización de documentos e información, establecer un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios.
- Se recomienda seguir trabajando para lograr el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los objetivos institucionales de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús para generar un impacto en la prestación de los servicios y en la creación de estrategias que garanticen un mejoramiento continuo en los procesos de la Institución.
- Se recomienda desarrollar actividades del programa de mejoramiento para la calidad -PAMEC enfocadas a una estandarización de manuales, procesos, procedimientos a fin de dar alcanzar grandes resultados en los servicios.

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS Nit:846000471-5	
---	--	---

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 1 DE ENERO
DEL 2024**

DEPENDENCIA: PRESTACION INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Contar con lineamientos, circulares y documentos técnicos que orienten a las competencias de los actores del PAI, con el fin de garantizar una atención integral, segura y de calidad a la población.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Evaluar periódicamente los indicadores de las rutas de promoción y mantenimiento.	Un Diagnóstico del proceso de Promoción y Mantenimiento	100%	1 diagnóstico	Se realiza la verificación de la actividad respecto al diagnóstico del proceso de Promoción y mantenimiento a fin de actualizar toda la documentación de norma que permita tener una estructura sólida del proceso para garantizar el cumplimiento de las intervenciones individuales establecidas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

<p>Capacitación del personal asistencial sobre protocolos y guías de atención de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud.</p>	<p>N° de socializaciones de guías de atención de enfermedad de interés en salud pública / 10 guías de eventos en salud pública más frecuentes que se presentan en la institución * 100</p>	<p>100%</p>	<p>80%</p>	<p>Para el año 2023 se obtuvo un porcentaje del 100% en el cumplimiento de las socializaciones de guías y protocolos de atención de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud. Entre ellas cabe resaltar las siguientes socializaciones: Socialización en protocolo de evento de interés en salud pública y guía de atención clínica de tuberculosis, malaria, EAPV, dengue, protocolo intoxicaciones agudas por sustancias químicas, protocolo de desnutrición en menores de 5 años, protocolo salud mental e infección respiratoria aguda, protocolo viruela símica o Monky Pox, protocolo de ETV, Zoonosis, enfermedades crónicas no trasmisibles e inmunoprevenibles. Capacitaciones que se dieron a conocer al personal asistencial de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús de manera presencial y algunas de manera virtual, como soportes a estas socializaciones se encuentran las respectivas actas por cada socialización de los protocolos y guías de atención en salud pública.</p>
<p>Implementación del Plan de acción del programa ampliado de inmunización - PAI. Componente normativo Componente de coordinación Componente de planificación y programación. Componente logro de coberturas Componente capacitación al Talento Humano Componente cadena de frío Componente de insumos Componente de cooperación técnica y supervisión Componente sistema de información. Componente vigilancia</p>	<p>N°. De actividades ejecutadas del plan de acción del programa ampliado de inmunización -PAI / No. De actividades programadas del plan de acción del programa ampliado de inmunización - PAI *100</p>	<p>98%</p>	<p>90%</p>	<p>El programa ampliado de inmunización PAI cumplió con el 98% de ejecución de las actividades programadas para la vigencia 2022, logrando la ejecución de 112 de las 115 actividades programadas, cumpliendo satisfactoriamente con la meta establecida.</p>



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

en salud pública.

--	--

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La dependencia de prestación integral de los servicios en salud para la vigencia 2023 cumplió a cabalidad con todas las actividades establecidas con un porcentaje de ejecución del 99%.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Continuar con acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles en el Municipio Valle del Guamuéz.
- Continuar con la ejecución de acciones enfocadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana de riesgos, garantizando el derecho a la salud expresada en planes, programas y estrategias que permitan cumplir con las metas establecidas en el plan operativo anual de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS Nit:846000471-5	 <small>modelo integrado de planeación y gestión</small>
---	--	--

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

FECHA: 3 DE ENERO DEL 2024	DEPENDENCIA: SISTEMA DE INFORMACION
-----------------------------------	--

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Registrar y analizar la productividad de los diferentes servicios de la Institución, con el fin de mejorar la administración, seguimiento, evaluación y correcto funcionamiento de la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús en la prestación de los servicios de salud, garantizando la disponibilidad de información periódica y sistémica de acuerdo con las necesidades internas y externas de la E.S.E.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	MET A	ANALISIS DE RESULTADOS
Análisis de productividad por servicio	Nº de informes de productividad presentados / Total de informes de productividad programados en el periodo *100	100%	4 informes	Para la vigencia 2023, de acuerdo con cada ruta de atención integral en salud, se establecieron metas de cumplimiento por parte de la institución para cada EAPB. En el caso de Emssanar, en algunos indicadores fue posible el cumplimiento por encima del 60% de la meta, tales como en primera infancia, consulta de primera vez y control de crecimiento y desarrollo médico y enfermería, consulta de primera vez y control por odontología; en adolescencia, juventud y adultez, tamizaje para SIFILIS - Población General de (12 a 49 años). Para el caso de Asociación indígena del Cauca AIC, y



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

			Mallamas, se cumplió también por encima del 80% en algunos indicadores Se puede visualizar cuatro informes de manera trimestral el cual permite dar un cumplimiento del 100% de la actividad.
--	--	--	--

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La dependencia de sistema de información cumplió con el 100% de ejecución de las actividades, cumpliendo con las metas establecidas para el año 2023.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Es necesario mejorar la comunicación interinstitucional con los diferentes servicios, especialmente en el área de promoción y mantenimiento donde la evaluación es a través del cumplimiento de metas, esto con el objetivo la E.S.E sea mucho más productivo y se establezca cada meta.
- Continuar con el apoyo permanente a los procesos institucionales para lograr establecer metas de cumplimiento por parte de la institución para cada EAPB.
- Se recomienda a la profesional de estadista programar una socialización de los resultados obtenidos con los diferentes coordinadores de los servicios con la finalidad de dar a conocer los resultados y generar de estrategias que permitan tener una producción que este entre los rangos deseados.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública , la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús , este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 1 DE ENERO
DEL 2024**

DEPENDENCIA: GESTION TECNOLOGICA

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales mediante la implementación de un software que permita integrar la información asistencial, financiera y de todas las áreas de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Gestionar la adquisición de un software que integra todos los servicios que presta la institución, con el área de facturación y área financiera.	Acciones de gestión (Oficios, actas de reunión, cotizaciones, contrato)	100%	Adquisición de Software	Se realiza verificación de las acciones de gestionadas para la adquisición del software; donde se encuentran documentos como actas, contratos, informes que permiten verificar que se han realizado las acciones correspondientes al cumplimiento del meta. Esta actividad es gran importancia para la institución debido a que permite el fortalecimiento de un sistema mucho más dinámico que integra diferentes áreas que se desarrollan en la ESE a fin optimizar el desarrollo de los procesos.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

La dependencia de gestión tecnológica para la vigencia 2023 cumplió con la actividad logrando un porcentaje de 100% en su cumplimiento.

Cabe resaltar que mediante el fortalecimiento de la comunicación organizacional e informativa se logra incentivar las acciones de mejoramiento que contribuyan a garantizar la prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad incrementando el grado de satisfacción de los usuarios.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Continuar ejecutando acciones que permitan la parametrización del software donde integre los servicios que presta la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús con las áreas de facturación y misional, con el fin de mejorar la prestación de los servicios con altos estándares de calidad y oportunidad en los servicios

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS Nit:846000471-5	
--	--	--

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

FECHA: 1 DE ENERO DEL 2024	DEPENDENCIA: INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO
-----------------------------------	---

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

formular e implementar el plan de mantenimiento acorde a las necesidades de la Institución que asegure el buen funcionamiento de la infraestructura y de los equipos biomédicos, tecnológicos e industriales garantizando la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús para la vigencia 2022.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Elaboración del Plan Anual de Mantenimiento.	Plan de mantenimiento	100%	Plan de mantenimiento	La E.S.E Hospital sagrado Corazón de Jesús cuenta con un plan anual de mantenimiento para la vigencia 2023, logrando así el 100% de ejecución de esta actividad .Con esto se busca mejorar la prestación de los servicios de salud en áreas de infraestructura física, dotación biomédica e industrial de uso hospitalario, sistemas de comunicación e informática y vehículos, con el fin de minimizar el riesgo de fallas y asegurar la continua y correcta operación alargando así la vida útil de los equipos sin riesgo para los pacientes y

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

				para el personal médico asistencial que manejan estos equipos, logrando así brindar un servicio de excelente calidad. Como soporte se puede evidenciar el plan anual de mantenimiento.
Evaluación de la ejecución del Plan de mantenimiento	N° de actividades de mantenimiento realizados/ N° de actividades de mantenimiento programadas *100	96%	80%	El informe final del plan de mantenimiento se puede determinar que de los 460 mantenimientos programados de todas las dependencias para la vigencia 2023 se ejecutaron 433 mantenimientos, equivalente a un porcentaje de cumplimiento del 95,99% del cronograma de mantenimiento anual. Es evidente que aunque se cuenta con un plan de trabajo y que según las capacidades técnicas y profesionales se llevó a buen término la ejecución del plan anual de mantenimiento hospitalario vigencia 2023, algunos factores tanto internos como externos afectan el cumplimiento de este, en lo posible y en las facilidades que se puedan es recomendable llevar a cabo actividades complementarias o planes de contingencia para solucionar los imprevistos y volver a la ejecución con total normalidad lo más ágil y rápido posible
Actualización del Plan Anual de Adquisiciones	Plan anual de adquisiciones actualizado	100%	Un plan anual de adquisiciones	Para la vigencia 2023 se realiza la actualización del plan anual de adquisiciones, se carga a la página de Colombia compra eficiente; para un porcentaje de cumplimiento del 100% en el desarrollo de la actividad.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La dependencia de infraestructura y mantenimiento cumplió satisfactoriamente con todas las actividades programadas para la vigencia 2023 con un cumplimiento del 98%.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Continuar con el plan de mantenimiento e infraestructura hacia el desarrollo de actividades que impliquen al mantenimiento preventivo y correctivo, para optimizar los recursos y garantizar una infraestructura apta para la prestación del servicio de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS Nit:846000471-5	
---	--	---

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 1 DE ENERO
DEL 2024**

DEPENDENCIA: CONTRATACION

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Garantizar que se cumplan los principios de publicidad y transparencia en la gestión contractual celebrados en la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Seguimiento al cargue de información contractual a la plataforma SECOP.	N ^a total de contratos cargados en la plataforma SECOP/ Total de contactos celebrados	100%	90%	Teniendo en cuenta las disposiciones establecidas en la Circular Única de Colombia Compra Eficiente CCE-EICP-MA-06 Versión: 02 del 15 de julio de 2022; La ESE. Hospital Sagrado Corazón de Jesús a partir del día 21 de Julio de 2022, inició la publicación de la gestión Contractual a través de la Plataforma del SECOP II. Por tal motivo, cabe mencionar que para el segundo semestre del año 2023 se han suscrito un total de 1155 contratos, de los cuales se encuentran publicados en Secop II bajo el módulo de Régimen Especial



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

		— Sin Oferta (Uso Publicidad), un total de 1155 contratos, correspondiente al 100% de los contratos suscritos por la entidad en el primer y segundo semestre de la vigencia 2023.
EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:		
De acuerdo con el análisis de resultados el área de contratación cumplió con el 100% de ejecución de las actividades propuestas para la vigencia 2023 publicando en la plataforma de SECOP todos los documentos relacionados con su actividad contractual.		
RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:		
<ul style="list-style-type: none">• Continuar con el proceso de cargue información contractual a la plataforma SECOP, promoviendo así, información oficial de toda la contratación realizada por la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.		

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Nit:846000471-5



EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 1 DE ENERO
DEL 2024**

DEPENDENCIA: GESTION AMBIENTAL

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Llevar el control de los Residuos Sólidos Hospitalarios generados en la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús en base a sistemas de gestión integral y sostenible a fin de prevenir la contaminación ambiental y proteger la salud de la población.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Seguimiento y vigilancia del Plan de gestión de residuos hospitalarios y similares.	N° de informes realizados durante el periodo / N° de informes proyectados en el periodo *100	100%	80%	<p>Durante el año 2023, la E.S.E. H.S.C.J. realizo un aprovechamiento de 10.2 % de los residuos generados, a través del reciclaje, este proceso lo realiza el personal de servicios generales, donde posteriormente estos residuos reciclables son vendidos o donados a la asociación de recicladores del valle del Guamuez.</p> <p>Los residuos sólidos no aprovechables como lo son los residuos biodegradables, ordinarios e inertes, son recolectados y dispuestos en el relleno sanitario de la vereda la primavera por parte de la empresa de servicios públicos del Valle del Guamuez (Emserpuvag S.A. E.S.P.), Para el del año 2023 fueron destinados al relleno sanitario 30.54% del total de los residuos generados en la entidad</p> <p>Los residuos peligrosos generados en la ESE, son entregados al gestor externo denominado ECO-ANALISIS SAS, quienes se encargan de realizar la recolección, tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios. Para el año 2023 se generaron 10.804.1 kg de residuos peligrosos, lo cual representa un porcentaje de destinación a tratamiento de incineración del 45.9% del total de los residuos generados durante todo el año 2023.</p>

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

La ejecución de las actividades realizadas por la dependencia de gestión ambiental logro un 100% correspondiente al cumplimiento de los valores esperados para la vigencia 2023.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Continuar con el diseño e implementación de buenas prácticas de gestión, orientadas a la prevención de los efectos perjudiciales a la salud y el medio ambiente, permitiendo así la minimización de los impactos ambientales generados en la Institución.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Nit:846000471-5



Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 1 DE ENERO
DEL 2024**

DEPENDENCIA: COMUNICACIONES

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Optimizar el proceso de comunicación, información, educación interna y externa de la Empresa Social del Estado Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Implementación del Plan de comunicaciones	N° de actividades realizadas del Plan de comunicaciones / N° de actividades programadas del Plan de comunicaciones *100	100%	80%	El plan de comunicaciones de acuerdo con el indicador establecido se identifica se da cumplimiento del 100% de las actividades programadas para la vigencia 2023, lo cual es aceptable porque se cumple con todas las actividades. El proceso de Comunicaciones presenta un resultado satisfactorio, debido a que se cumplieron las metas establecidas además del compromiso por parte del profesional comunicaciones en desarrollo de cada una de las actividades.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La ejecución de las actividades realizadas por la dependencia de comunicaciones alcanzo un 100% correspondiente al cumplimiento de los valores esperados, por lo que se evidencia un buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Continuar con la actualización de la actividad de carteleras en las dos sedes: Sede Promoción y Mantenimiento y Sede Principal.



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

- Implementar el cronograma de programación radial de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús a fin de ser implementado dentro de las estrategias de comunicación.
- Se recomienda seguir trabajando para mantener la comunicación, buscando la participación ciudadana con el fin de ser percibidos como una Institución que presta sus servicios con calidad y oportunidad. Además, garantizar que la información fluya al interior de la institución y hacia el público interesado, de manera oportuna, dinámica y veraz.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS



Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública , la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenida en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 1 DE ENERO
DEL 2024**

DEPENDENCIA: TRABAJO SOCIAL

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Estandarizar la atención al usuario a través de la definición de parámetros de recepción, trámite, y gestión de solicitudes de manera oportuna con resolutiva y calidez a los usuarios, además de permitir implementar acciones en materia de participación ciudadana.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Realizar capacitaciones de los deberes y derechos de los usuarios.	N ° de capacitaciones realizadas en el periodo / N° de capacitaciones programas en el periodo * 100	12	12	Para la vigencia 2023 se programaron 12 capacitaciones en deberes y derechos de las cuales se realizaron 12 capacitaciones, permitiendo un porcentaje de cumplimiento del 100%. Como soporte se cuenta con las actas de capacitaciones en diferentes escenarios tanto internos como externos de la ESE HSCJ.
Realizar informes mensuales de gestión de las PQRSF y Satisfacción de los usuarios	N° informes realizados en el periodo / N° de informes de programados en el periodo *100	12	12 informes mensuales	Durante la vigencia 2022 se programaron 12 informes de la gestión de las PQRS de las cuales se ejecutaron 12, para un porcentaje de ejecución del 100%. Como evidencia se cuenta con informes mensuales de PQRSF donde se puede visualizar las diferentes estrategias que se generaron con el fin de mejorar la prestación de los diferentes servicios de la ESE.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Las actividades programadas de la dependencia de trabajo social se realizaron en su totalidad con un porcentaje de ejecución del 100% para la vigencia 2023.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

- Continuar capacitando a las comunidades con el fin de que participen activamente del proceso de PQRS ya que este permite evidenciar y corregir debilidades brindando una atención oportuna y de calidad.
- Continuar con el mejoramiento continuo a la gestión, a través de la humanización en la atención al usuario en la oportunidad de las respuestas a sus peticiones a los usuarios y su familia



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS



Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y de conformidad con la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias de acuerdo Con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública , la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023, tomando como referencia el consolidado del plan operativo anual reportado por la Oficina de Planeación de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús , este informe es el resultado de la evaluación de los compromisos establecidos y la formulación de recomendaciones para la mejora.

Esta información deberá ser tenido en cuenta para la evaluación del desempeño de los servidores públicos y contratistas, así como para la formulación de los planes de gestión de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**FECHA: 1 DE ENERO
DEL 2024**

DEPENDENCIA: GESTION FINANCIERA

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Análisis y seguimientos a la gestión financiera con el fin de alcanzar los objetivos de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

ACTIVIDADES	MEDICION DE COMPROMISOS			
	INDICADOR	RESULTADO (%)	META	ANALISIS DE RESULTADOS
Seguimiento a la ejecución contractual con las EAPB	N° de seguimiento ejecutados / N° de seguimientos programados *100	100%	4 In	Para la vigencia 2023 se realiza revisión del informe de seguimientos a los recursos producto de la gestión contractual con las EAPB, según la meta del indicador desarrollado se da cumplimiento debido a que a la fecha se puede visualizar un cumplimiento parcial de 4 informes el cual corresponde al 100% de la meta planteada.
Auditar la facturación por modalidad de evento.	N° de facturas generadas por venta de servicios en modalidad evento con auditoria previa durante el periodo / total de facturas generadas por venta de servicios en modalidad evento en el periodo*100	70%	82%	Para la vigencia 2023 se realiza revisión del informe de auditoría previa a la facturación por modalidad de evento; se puede contabilizar un nivel de cumplimiento del 82% de revisión y auditoria del total de las facturas generadas en la vigencia 2023.
Radicar cuentas oportunamente.	N° de cuentas radicadas oportunamente en el periodo/ Total de cuentas radicadas en el periodo*100	93%	80%	Para la vigencia 2023 se radicaron oportunamente 850 cuentas de 911 cuentas establecidas para el año, obteniendo así un cumplimiento del 93% para esta actividad se evidencia Informe mensual de radicación de cuentas mes a mes.

Seguimiento al recaudo de cartera de vigencias anteriores	Valor total de la cartera vigencias anteriores / Valor recaudo vigencia anterior	49%	60%	Para la vigencia 2023 se identifica un cumplimiento del 49% respecto al recaudo de la cartera con corte a 31 de diciembre 2022, el recaudo de vigencias anteriores no logro la meta establecida a pesar de que se realizaron seguimientos a la radicación de las facturas presentadas a las diferentes EPS, se realizó el proceso de arme de cuentas y se radico a las entidades correspondientes, y demás acciones encaminadas a dar cumplimiento al recaudo de cartera de vigencias anteriores. Como soporte se cuenta con un Informe de cartera sobre el recaudo de vigencias anteriores.
Seguimiento al recaudo de cartera de la vigencia actual.	Seguimiento al recaudo de cartera de la vigencia actual.	67%	70%	El seguimiento al recaudo de cartera para la vigencia 2023 fue del 67% de ejecución. Pese a los seguimientos al área de cuentas médicas en el proceso de radicación de cuentas ante las diferentes EAPB, se realizó seguimiento al área de glosa, envió de notificaciones de cobro, notificaciones electrónicas solicitando el detalle de facturas canceladas y demás diligencias, y a pesar de ello no se logró cumplir con la meta establecida. Como soporte se cuenta con Informe de cartera sobre el recaudo de la vigencia.
Análisis y seguimiento de los indicadores financieros según el decreto 2193	N° de informes de análisis y seguimiento de los indicadores financieros realizados / total de informes programados *100	100%	4 informes	Para esta actividad se puede visualizar 4 informes de análisis y seguimiento de indicadores financieros para la vigencia 2023, Para un porcentaje de cumplimiento del 100%.
Presentación de informes oportunamente a los entes de inspección, vigilancia y control.	N° de informes financieros enviados oportunamente a los entes de control / Total de informes financieros que se deben enviar *100	100%	90%	Se evidencia informe de cargue de información a la plataforma de manera oportuna dentro de las fechas establecidas para la vigencia 2023, presentando los respectivos informes para los diferentes entes de control como: la Dian, contraloría general de la nación, ministerio de salud y protección social y la superintendencia nacional de salud, cumpliendo al 100% la ejecución de esta actividad.
Conciliación de los saldos de cartera con los saldos contables	N° de actas de conciliación de saldos de cartera y saldos contables / Total de actas programadas para el año*100	100%	4 actas	Para la vigencia 2023 se evidencia 4 actas de conciliación de saldos de cartera y saldos contables para un porcentaje de ejecución del 100%.



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

Conciliación de los saldos de almacén con los saldos contables	Nº de conciliaciones de saldos de almacén con los saldos contables generadas durante el periodo / total de conciliaciones generadas durante el periodo *100	2 actas	2 actas	Para la vigencia 2023 se da cumplimiento al Nº de conciliaciones de saldos de almacén con los saldos contables generadas durante el periodo, con un porcentaje de cumplimiento del 100%, se evidencia actas de conciliación de saldos entre contabilidad y almacén.
Conciliación de los saldos de Inventarios de activos fijos con los saldos contables	Informe de conciliación de los saldos de los inventarios de activos fijos con los saldos contables.	100%	un informe	Se evidencia Informe de conciliación de los saldos de inventarios de activos fijos con los saldos contables para la vigencia 2023. Esta actividad queda con porcentaje de cumplimiento del 100%.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

De acuerdo con el análisis de resultados el área de Gestión Financiera cumplió con el 88% de ejecución de las actividades propuestas para la vigencia 2023.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Continuar ejecutando acciones y seguimientos que permitan el recaudo de cartera de vigencias anteriores y recaudo de cartera de la vigencia actual, con el fin de cumplir con los objetivos de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Se sugiere implementar un plan de mejoramiento con el fin de que el proceso de facturación y auditoria se fortalezca permitiendo que los errores sean mínimos al momento de la revisión de facturas siendo acorde con la normatividad vigente y metas establecidas.

CONCLUSIONES

- Los líderes de cada dependencia deben realizar seguimiento mensual a los planes de acción de acuerdo con las directrices establecidas por la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús de tal manera que se

Calidad y Oportunidad en los Servicios

Dirección: Barrio la Parke vía el Rosal
 www.hospitalhormiga.gov.co - Email: esehormiga2008@hotmail.com
 La Hormiga - Valle del Guamuéz – Putumayo

generen los avances pertinentes a fin de cumplir con los objetivos y metas de la institución para cada vigencia.

- El proceso de auditoría es un instrumento fundamental para las instituciones y es a partir de sus resultados que se pueden realizar procesos de controles, seguimientos y planes de mejora que contribuyan a una gestión efectiva, eficiente y eficaz al logro de sus objetivos. Por consiguiente, las instituciones para mejorar su gestión deben implementar y fortalecer su sistema de control interno, lo cual les permitirá consolidarse y adelantar una gerencia eficiente y transparente para el cumplimiento de la misión.
- El acompañamiento permanente en la revisión, asesoría, evaluación a las diferentes dependencias permite visualizar unos resultados de buen desempeño en desarrollo de cada una de las actividades propuestas al inicio de cada año.



ARACELY AREVALO

Jefe de Control Interno

ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús