E.S.E Hospital San Jerónimo

HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA

INFORME POR DEPENDENCIAS

CONTROL INTERNO DE GESTION

Enero 30 de 2024.

30/1/2023
09:30pm.

INTRODUCCION La oficina de control interno del Hospital San Jerónimo de Montería, en cumplimiento a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y la circular 04 de 2005 emitida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial que establece: "con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las oficinas de Planeación, los jefes de las oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de los logros de cada compromiso." Y con base en el informe de Indicadores vigencia 2023 entregado por la oficina de planeación el día 29 de enero de 2024, se ha consolidado en el presente informe el resultado de la gestión de los procesos del Hospital, en cumplimiento de los objetivos institucionales para la vigencia 2023.

OBJETIVO Verificar para cada proceso del Hospital San Jerónimo de Montería, el cumplimiento de los compromisos adquiridos o formulados y que estos redunden en el cumplimiento de los objetivos institucionales, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

ALCANCE Verificar la gestión de cada una de las áreas a partir del seguimiento realizado por la oficina de planeación y gestión a la calidad a los indicadores de la vigencia 2023, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

NORMATIVIDAD APLICABLE • Ley 909 de 2004. "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones." en su artículo 39 establece que: "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 Reglamentario 1227 de 2005. 'Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998

• Decreto 2539 de 2000. "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999. Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial" • Circular No. 04 DE 2005. "Mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 establece que: "El jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente:

a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo;

b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados;

c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo con lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno".

METODOLOGIA Con base en el informe de Indicadores vigencia 2023 entregado por la oficina de planeación y con la fuente de información entregadas para el seguimiento de las áreas reportadas, se consolida la información para el diligenciamiento del formato Evaluación de la Gestión por Dependencias. Finalmente se entrega a la Gerencia el informe consolidado con recomendaciones generales, y se publica en la página web del Hospital.

DESARROLLO DEL INFORME Para efectuar el presente informe de evaluación por dependencias, la oficina de Control Interno de Gestión tomó como referente la información registrada en los Indicadores vigencia 2023 entregada por la oficina de planeación del ESE HSJM.

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias - Oficina de control interno**

- 1. Fecha: 10 DE ENERO DEL 2024	- 2. Dependencia a evaluar: FACTURACION

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta del servicio de salud en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que nos permita reinvertir

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
MEJORAR EL PROCESO DE FACTURACION	FACTURAR TODOS LOS MESES UN VALOR DE CINCO MIL MILLONES (5.000.000.000) MILLONES	DURANTE EL AÑO 2023 EN LOS MESES DE MARZO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE SE ALCANZO LA META SUPERANDO LOS CINCO MIL MILLONES. EN LOS MESES DE ENERO, FEBRERO, ABRIL, MAYO, SEPTIEMBRE, Y OCTUBRE LA FACTURACION SUPERO LOS CUATRO MIL QUINIENTOS, PERO NO SE ALCANZO LA META DE CINCO MIL MILLONES	VER GRAFICO DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE GESTION MES A MES	LA FACTURACION DEPENDE EXCLUSIVAMENTE DE LA PRODUCIION EN LAS DIFERENTES AREA DE HOSPITALIZACION, CUANDO SE ALCANZO LA META ESTA PRODUCCION SUBIO EN ESPECIAL EN LAS AREAS DE MAYOR REPRESENTACION EN FACTURACION COMO SON LAS AREA DE CIRUGIA CON LA REALIZACION DE CIRUGIAS DE ALTO COSTO Y LAS ESTANCIAS EN EL AREA DE ASI MISMO LAS ESTANCIAS EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS QUIRURGICOS, EN LE CASO DE LA BAJA LA PRODUCCION EN ESTAS ACTIVIDADES DE ALTO COSTO BAJARON LO QUE SE VE REFLEJADO EN EL VALOR DE LA FACTURACION. ESTO INDICA QUE LA PRODUCCION DE ACTIVIDADES CON DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO SON UN GRAN REFERENTE EN EL MONTO DE LA FACTURACION CADA MES
MEJORAR EL PROCESO DE RADICACION DE LA FACTURAS	RADICAR EL 93% DE LA FACTURACION RADICADA EN EL PERIODO	DURANTE EL AÑO 2023 LA RADICACION CUMPLIO CON EL INDICADOR ESTABLECIDO DE RADICAR EL 93% DE LA FACTURACION DEL PERIODO	VER GRAFICO DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE GESTION MES A MES PORCENTAJE DE RADICACION	LA FACTURACION RADICADA TIENE UN CUMPLIMEINTO CERCANO AL 100% COMO SE PUEDE APRECIAR, EL PORCENTAJE RESTANTE CORRESPONDE A FACTURAS PARTICULARES QUE NO SE RADICAN Y EN OCASIONES A FACTURAS NO POS QUE SE RADICAN EN EL MES SIGUIENTE POR QUE LAS EPS NO EMITEN LAS AUTORIZACIONES DENTRO DEL MES ESPECIALMENTE LOS SERVICIOS NO POS DE FINALES DE MES Y CON LA EPS MUTUAL SER

6- Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro de los compromisos el área de facturación para la vigencia 2023, la meta planteada era mejorar el proceso de facturación, se evidencia la gestión realizada desde la atención del paciente ,desde y durante su hospitalización, el seguimiento a la elaboración de los soportes en la historia clínica es una gestión que ha venido realizando esta área para el aseguramiento del cargue que todo lo realizado este soportado en la pre factura, la auditoría de cuentas a la historia clínica vs pre factura el cual depende de la facturación de las diferentes áreas de hospitalización del ESE HSJM, en el análisis de los meses seis (6) meses no se llegó al cumplimiento de meta del 100% de la meta fijada , pero a nivel general en la vigencia 2023, se alcanzó un cumplimiento del 100,4%, se constata auto gestión desde el área de facturación.
La meta de radicación de factura fue del 93%, cumpliendo con el 100% de la meta de radicación.

7- Recomendación de mejoramiento del control interno

Se debe tener mucho cuidado en la definición de los indicadores, un indicador debe ser definido en términos precisos, para nada ambiguos, deben ser cuantificables y que proporcionen información confiable, y por otro lado medibles en periodos de tiempo. El Proceso de Gestión de recursos Económicos como proceso fundamental en la generación de ingresos del ESE HSJM, no debe escatimar ningún esfuerzo en la gestión para mejorar la radicación de la factura, se requiere mejorar la gestión del subproceso de facturación a fin de evitar reproceso y posibles pérdidas de recursos.

Seguir realizando el auto control desde el área de facturación, continuar con la tarea de poder mitigar los riesgos que representan la facturación de la institución, la materialización de los riesgos debe seguir reportándose para que desde las líneas estratégicas se preste el acompañamiento en la definición de controles y desde el control interno realizar las actividades de seguimiento de evaluación.

Se recomienda seguir al control del Riesgos reportado por el área de facturación en el mes de Diciembre del 2023.

JEFE DE CONTROL INTERNO

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias** **Oficina de control interno**

1. Fecha: 15/01/2024	2. Dependencia a evaluar: Área de Cartera y subproceso de glosas

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Radicar el 100% de las facturas emitidas y entregadas por facturación al área de cartera en el periodo correspondiente y seguimiento, evaluación del estado sin ricar de facturas de períodos anteriores.	Radicación de las facturas al 100%	99%	Se adjuntan como soportes y evidencias del proceso, informes de radicación por meses y reportes de seguimiento de facturación Vs radicación mes a mes y acumulativo	Este proceso ha tenido en mejoramiento continuo y sistemático, se puede evidencia y cuantificar el mejoramiento realizando comparativos de facturación sin radicar con vigencia anteriores, es importante que se continue en la vigencia 2024 todas las acciones tanto administrativas, de contratación (empresas transportadoras fuera de la cuidad) y colaboradores de la ESE que hacen parte del proceso de radicación de cuentas de salud. En cuanto a las facturas sin radicar de vigencias anteriores al año 2023 existen facturas en proceso de radicación por un valor de $ 381.600.848, el 68% es de la secretaria de salud de Córdoba, esta facturación se encuentra certificada por la secretaria e incluida dentro de la cartera destinada para el apalancamiento del acuerdo de reestructuración de pasivo (Ley 550) de la ESE, el porcentaje restante corresponde a situaciones individuales de cada ERP, las gestiones para lograr su radicación y los detalles de cada caso específico fueron remitidos a el Comité de Sostenibilidad Contable y Financiero para su análisis.
Incrementar el flujo de recursos por cobro de cartera, mediante cobro persuasivos y conciliaciones de cartera de acuerdo con la garantía que presente la factura para su pago	Recaudar la cartera de la vigencia del 2023, en un 70%	70%	Reporte de recibos de caja año 2023, Carpeta digitales (Actas de conciliaciones de cartera, Acuerdos de pago, Otras gestiones propias de área de cartera)	El Hospital lleva incrementado su recaudo corriente desde la vigencia 2019 hasta la vigencia 2023, apara este último año el recaudo de cartera de la vigencia fue del 58%, es preciso mencionar que las facturas generadas durante el mes de noviembre y diciembre son canceladas por las EPS después de su radicación en el primer trimestre de la vigencia 2024, se proyecta que al finalizar el mes de marzo de 2024, el porcentaje de recaudo de la vigencia 2023 sea del 73%, el porcentaje faltante corresponde a facturación de entidades de difícil cobro y facturación en proceso de auditoría. El recaudo de vigencia corriente aumento en un 1% en relación con la vigencia anterior
Desarrollar comités y reuniones con el fin de facilitar la toma de decisiones	100% del personal tiene conocimiento para realizar el trabajo asignado	100%	Actas de Comités, reunión y listado de asistencia a reuniones	Se realizaron reuniones periódicas, que permitieron conocer la situación de los deudores, edad de la cartera, el comportamiento de la facturación radicada frente al valor reconocido, las facturas glosadas y devueltas.
Presentar informes mensuales de la gestión sobre el estado de cartera y glosas a la gerencia	Durante el año 2023 se realizará mensual una reunión del comité; representados en doce (12) actas al año.	100%	Actas de Comités, reunión y listado de asistencia a reuniones	Es necesario aclarar que se realizaron reuniones mensualmente administrativas de manera general, donde se mostró la gestión referente al estado de Cartera y glosas, como fueron las reuniones para la presentación de indicadores y otras que se encuentran sustentadas en las actas general de las áreas; las anteriores reuniones con actas, con el fin de no duplicar las reuniones y racionalizar el tiempo laboral.
Reportar todos los informes de Ley oportunamente de acuerdo con lo establecido en la norma respectiva	Mensualmente se realizarán informes circular FT0025 reporte de facturación de EPS en el período; Informe Fénix; Informe seguimiento tareas Supersalud; Presentar informes de control a Contraloría, cada vez que requieran (trimestral, semestral). Presentaciones informes SIHO trimestralmente.	100%	Soportes de Cargues y validación de los informes de cada plataforma	El ESE cumple con todos los informes y reportes de Ley, en los tiempos oportunos

Responder oportunamente las objeciones y glosas que se presenten de conformidad con la normatividad y los procedimientos establecidos por la entidad.	Responder 100% las objeciones recepcionadas	100%	Reporte de Glosas iniciales y tramite y glosa final de Dinámica gerencial vigencia 2023	La oficina de cuentas medicas recepción $ 1.807.026.166 glosas de facturas vigencia 2023, de los cuales la oficina de cuentas medicas contestó el 100%, de la glosa inicial se concilia y se da tramite en el sistema Dinámica Gerencial a glosas por valor de $ 607.973.655, queda pendientes por tramitar o en proceso de conciliación glosas por valor de $ 1.199.052.511 de la vigencia 2023.

6- Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia

Durante la vigencia 2023, se dieron cumplimientos a los indicadores propuestos, se espera que continúe la tendencia positiva con el mantenimiento y fortalecimiento de estrategias adoptadas por el responsable del proceso.

Para el proceso de glosas a pesar de manifestar un cumplimiento del 100%, en responder oportunamente las objeciones y glosas que se presentaron , La oficina de cuentas medicas recepción $ 1.807.026.166 glosas de facturas vigencia 2023, de los cuales la oficina de cuentas medicas contestó el 100%, de la glosa inicial se concilia y se da tramite en el sistema Dinámica Gerencial a glosas por valor de $ 607.973.655, queda pendientes por tramitar o en proceso de conciliación glosas por valor de $ 1.199.052.511 de la vigencia 2023 de conformidad con la normatividad y los procedimientos establecidos por la entidad.

7- Recomendaciones de mejoramiento del control interno

Tener mucho cuidado en la definición de los indicadores, un indicador debe ser definido en términos precisos, para nada ambiguos, deben ser cuantificables y que proporcionen información confiable, y por otro lado medibles en periodos de tiempo. El Proceso de Gestión de recursos Económicos como proceso fundamental en la generación de ingresos del ESE HSJM, no debe escatimar ningún esfuerzo en la gestión para recuperación de cartera y gestión de glosas, fortalecer el cobro persuasivo y fortalecer el cobro jurídico, igualmente, mejorar la facturación radicada.

Es importante la medición de los siguientes productos y tener un análisis más acertado en el manejo de cartera y glosas, para tener en cuenta vigencia 2024.

1- **Porcentaje de devoluciones mensuales de facturas radicadas**
2- **Porcentaje de eficacia en la gestión de glosas**
3- **Porcentaje de pérdida total de glosa**
4- **Recaudo por gestión de cartera**
5- **Rotación de cartera**
6- **Vencimiento de cartera entre 180 y 360 días**

Seguir realizando el auto control desde el área de cartera y glosas, continuar con la tarea de poder mitigar los riesgos que representan una materialización para la institución y para el área, para que desde las líneas estratégicas se preste el acompañamiento de la definición de controles y desde el control interno realizar las actividades de seguimiento de evaluación.

JEFE DE CONTROL INTERNO

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias** **Oficina de control interno**

1. Fecha: 16/01/2024	2. Dependencia a evaluar: Archivo

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Velar por la correcta administración de los documentos de archivo, según disposición normativa vigente.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	**5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS**			
	META	**RESULTADO ALCANZADO**	**EVIDENCIA**	**Análisis de Resultados**
Instrumentos Archivísticos. - Pinar - PGD - SIC - Política de Archivo - TRD y CCD	100	65%	Publicado en la página de la ESE.	Compromiso ejecutado en el POA
			TRD y CCD, en construcción	Las TRD, una vez finalizadas deben presentarse para su aprobación ante el comité de gestión y desempeño y luego pasar a ser convalidados por el consejo departamental de archivo.
Unidad de correspondencia	100	85	Manual de correspondencia	Se implementó un área física y formato para el control de comunicaciones, cumpliendo con el acuerdo 060 de 2001. Pendiente por cumplir el 100%, la adquisición del software de gestión documental.
Archivo Publico	100	35	Inventario Historias clínicas	Actualmente las Historias Clínicas se vienes realizando una intervención y se han Clasificados 9733
		85	Organización historias laborales	Actualmente se evidencia la organización de los archivos de la ESE Hospital San Jerónimo, contamos con la historia laborales clasificadas y conservadas aplicando los principios de orden original y procedencia.
Capacitación de buenas prácticas archivísticas	100	100	Listado de capacitación sobre buenas prácticas archivística	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: De este proceso se evidencia que dentro de las metas institucionales el indicador de capacitación se cumplió al 100%, los demás indicadores se evidencia avances en la gestión, es importante definir los tiempos de cumplimientos de los componentes, para que desde la alta Dirección pueda apoyar a la debida gestión en esta dependencia.

En auditoria realizada a esta dependencia por control interno, se pudo identificar actividades que en plan de mejoramiento se logran cumplir al 100% como son las capacitaciones, se continúan con actividades en mejoramiento que van a contribuir a una labor oportuna para la dependencia .

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Se debe tener mucho cuidado en la definición de los indicadores, un indicador debe ser definido en términos precisos, para nada ambiguos, deben ser cuantificables y que proporcionen información confiable, y por otro lado medibles en periodos de tiempo. El Proceso de Gestión Documental debe evaluar sus deficiencias y gestionar de una manera más asertiva el apoyo desde la alta dirección para poder llegar a cumplir sus indicadores que apuntan al mejoramiento de su proceso para que no se perjudique la evaluación final de su proceso.

Seguir realizando el auto control desde el área de centro documental y continuar con la cultura de la importancia del centro documental y archivístico de la entidad.

JEFE DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 15/01/2024	2. Dependencia a evaluar: Almacén y Suministro Activos Fijos

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Aprovisionar de todos los recursos materiales necesarios, para dar cobertura a través de una gestión eficiente a todos los servicios del hospital, con el fin de realizar nuestra misión principal que es la prestación de servicios de salud a nuestros usuarios.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	**RESULTADO ALCANZADO**	**EVIDENCIA**	**Análisis de Resultados**
Enviar la solicitud de pedidos realizadas a cada uno de los proveedores establecidos.	100	100	Formatos institucionalizados de necesidades	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual
Realizar un análisis de cada uno de los centros de costos y elaborar un informe bimensual para remitir a la subdirección administrativa para la toma de decisiones	100	100	Informe en Excel de gastos mensuales	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual
Presentar los informes de ley en la fecha oportuna de acuerdo con la normatividad vigente	100	100	Informes de ley presentados	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual
Llevar un control de todos los contratos de suministro de bienes que se firmen con los diferentes proveedores de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería	100	100	Actas de recibido a satisfacción elaboradas	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual
Recepcionar todas las necesidades de activos fijos y repuestos	100	100	Actas de recepción tecnológicas elaboradas	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual
Administrar y coordinar los movimientos de activos fijos, llevando el registro en el software institucional	100	100	Ingreso de activos, comprobantes de entrada, órdenes de compra y facturas	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual
Administrar la bodega de almacenamiento de activos fijos (clasificar los activos fijos de acuerdo con su uso y vida útil y custodiarlos)	100	100	Muestras de inventarios realizados	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual
Generar y revisar informe relacionado con depreciación, adquisición, traslado y baja de activos, para posteriormente conciliar con el módulo de contabilidad.	100	100	Actas de conciliación contable elaboradas	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual
Presentar informes para dar de baja a los activos que se encuentre debidamente legalizados con su soporte técnico de acuerdo con el proceso institucionalizado	100	100	Informe de baja de activos	Compromiso Ejecutado en nuestro plan operativo anual

6-Evaluación realizada por control interno de gestión

De los compromisos Reportados por el área de almacén y suministro de activos fijos, presentan un cumplimiento del 100%, más sin embargo es un área que no tiene indicadores institucionales, maneja POA dentro la anualidad, el cual contiene unas actividades o metas del 100% y un resultado alcanzado del 100%. En esta área se administran y coordinan los movimientos de activos fijos, llevando el registro en el software institucional, más sin embargo se logra evidenciar que en la institución se hacen traslados y movimientos entre áreas sin el v/b de esta, siendo el control propio del área almacén, la labor de los activos incluyendo los PC que hay al servicio de la institución debe rotar aleatoriamente independente de los cronogramas estipulados en procesos para el control d ellos mismos.

7-Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de control interno:

El Proceso de Recursos Físicos debe estar en continuo seguimiento de sus actividades, con el fin de detectar oportunamente desviaciones y corregir a tiempo. El área de almacén se le sugiere tener más auto control y apropiarse más de los procesos.

Control interno de Gestión

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias** **Oficina de:**

1. Fecha: 15 de enero de 2024	2. Dependencia a evaluar: Planeación y Gestión de la Calidad

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Cumplir con los componentes definidos por el departamento Administrativo de la Función Pública coherentes con la planeación estratégica de la empresa, así como lo definido por el decreto único reglamentario del sector salud referente a los sistemas de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Realizar capacitaciones y sensibilización acerca del Mejoramiento Continuo en los Procesos	4	4	Listas de asistencia, registro fotográfico de las jornadas y material utilizado.	Se realizó sensibilización con el personal administrativo y asistencial del programa EL PODER LO TIENE TU. Grupos intervenidos: jefes de enfermería, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares clínicos, personal administrativo.
Ejecución del programa de auditoria para el mejoramiento continuo	4	4	Plan de auditoría y resultados.	Cumplimiento de las auditorias programadas para cada trimestre.
Aplicar lista de chequeo de verificación condiciones de habilitación según Res. 3100 de 2019	12	12	Lista de chequeo según 3100 de 2019.	Aplicación de lista de chequeo mensual para verificar condiciones de habilitación de los servicios de acuerdo con el cronograma.
Presentación del informe eventos adversos 2023 clasificados por severidad, frecuencia, servicio)	12	12	Informe mensual de eventos adversos.	Los informes de eventos adversos se realizaron de forma mensual y los resultados fueron socializados en el comité de Calidad y Seguridad del paciente.
Aplicación de lista de chequeo verificación de la política de seguridad del paciente	48	48	Lista de chequeo aplicada.	Las listas de chequeo fueron aplicadas y los resultados fueron socializados en el comité de Calidad y Seguridad del paciente
Seguimiento mensual de la tasa de incidencia de eventos adversos en las diferentes áreas de la ESE 2022	12	12	Informe de eventos adversos.	La medición del indicador se realizó de forma mensual y los resultados fueron socializados en el comité de Calidad y Seguridad del paciente, así como con los servicios.
Reinducción de la Política de seguridad del paciente.	12	12	Informe de eventos adversos.	Se realizó en todos los servicios la reinducción en la política de seguridad del paciente
Implementación de prácticas seguras a los procesos hospitalarios	8	8	Listado de asistencias a las socializaciones.	Socialización de los paquetes instruccionales adoptados en la E.S.E.
Realizar capacitaciones y sensibilización acerca de protocolos de vigilancia de los eventos de interés en salud publica	11	11	Listado de asistencias a las socializaciones.	Se realizaron capacitaciones en dengue, morbilidad materna extrema, malaria, infecciones asociadas a dispositivos, accidente ofídico, sífilis, desnutrición en menores de 5 años. Atención a gestantes: Hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos y sepsis.
Realizar comité de infecciones asociadas a la atención en salud	12	12	Actas de comité	Los comités se realizaron conforme a lo planeado, cumpliendo un 100% esta actividad.
Realizar comité de vigilancia epidemiológica	12	12	Actas de comité	Los comités se realizaron conforme a lo planeado, cumpliendo un 100% esta actividad.
Realizar comité de estadísticas vitales	12	12	Actas de comité.	Los comités se realizaron conforme a lo planeado, cumpliendo un 100% esta actividad.
Realizar seguimiento a la notificación de los eventos de interés en salud publica en SIVIGILA	100%	100%	Notificaciones a SIVIGILA.	Se realizó notificación oportuna del 100% de los eventos de interés en salud publica en SIVIGILA.
Realizar evaluación y seguimiento sistemático por medio de indicadores de gestión, socializar con los coordinadores de áreas y presentar al gerente las áreas críticas identificadas proponiendo mecanismos de ajuste.	12	12	Cuadro de mando de indicadores.	Cuadro de mando integral de indicadores actualizado de forma mensual y socializado con la alta gerencia y demás partes interesadas.
Realizar, consolidar, analizar y enviar los indicadores de calidad a los diferentes entes de control e IPS's.	12	12	Soporte de cargue de indicadores y envío a las EPS.	Se realiza el cargue de forma mensual en los diferentes validadores de la EPS.
Elaborar de manera efectiva la información (SIHO) y coordinar el reporte de este con las diferentes áreas (asistenciales, administrativas y financieras).	4	4	Soporte de envío de SIHO.	Se realizó envío de los 4 periodos del SIHO, articulando la información con las diferentes áreas administrativas y asistenciales.
Diseñar y desarrollar estrategias, en acompañamiento con el Programa de Seguridad del Paciente y la oficina de comunicaciones, orientadas hacia la humanización de los servicios, al desarrollo de herramientas de difusión de los derechos y deberes, portafolio de servicios y nuevas concepciones en la relación paciente – prestador.	4	4	Cronograma de campañas. Evidencias fotográficas	Se realizaron campañas con el referente de seguridad del paciente en las rondas diarias se sensibilizaba a los pacientes y sus familiares sobre derechos y deberes, portafolio de servicios y nuevas concepciones en la relación paciente – prestador.

Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar e informar con criterio cualitativo y cuantitativo en el comité de SIAU de la información proveniente del usuario, grupo o comunidad que alimentan el proceso de toma de decisiones, atendiendo de forma personalizada cada caso.	12	12	Actas de comité Informes de PQRS	Se realizaron los comités de acuerdo con lo programado. Seguimiento de la malla de PQR en cada una de sus etapas.
Realizar seguimiento a las encuestas de satisfacción realizadas y analizar las observaciones extraídas de estas.	12	12	Consolidado de encuestas de satisfacción.	De forma mensual se realizan las encuestas en los servicios de consulta externa y hospitalización, los resultados son consolidados en una malla para su seguimiento.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: De los compromisos Reportados por la oficina de planeación y gestión a la calidad, presentan un cumplimiento del 100% de los procesos que dan cumplimiento a los indicadores y tareas resultantes de revisión por esta dependencia para la dirección.

En auditoria realizada dentro de los planes estratégicos plan de adquisición se dejaron recomendaciones para que nos lleve a tener un cumplimiento del 100% de la labor realizada.

La auditoría del PAMC se recomendó realizo la presentación al comité directivo y acreditación a desarrollar en la ESE para la vigencia 2024 mes de febrero.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: En los Procesos de Direccionamiento como líder en esta área, deben estar en continuo seguimiento de sus actividades, con el fin de detectar oportunamente desviaciones y corregir a tiempo.

Durante la vigencia 2023, el indicador del cumplimiento del plan de acción del ESE HSJM fue del 80% un indicador que no cumple con la meta establecida 100 %, quedan pendiente 9 actividades de áreas pendientes de ejecutar que merecen una especial atención y seguimiento que pueden pasar a ser priorizadas en la vigencia 2024., por ser procesos asociados a la política de desempeño institucional.

Los Procesos de Sistema Integrado de Gestión como procesos macro, continuar con seguimiento mínimo trimestral para verificar el comportamiento de los indicadores planteados y corregir a tiempo desviaciones que se presenten.

Durante la vigencia 2024 el indicador debe cumplirse con la meta establecida para la anualidad, se espera que continúe la tendencia positiva con el mantenimiento y fortalecimiento de estrategias adoptadas por el responsable del proceso desde las líneas de defensa del ESE HSJM.

Jefe de control interno

1. Fecha: 19/01/2024	2. Dependencia a evaluar: TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN.

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Velar por el correcto funcionamiento de todos los softwares institucionales acompañados de la estabilidad de los medios de comunicación, almacenamiento y redes de datos involucrados en la operación de toda la infraestructura de software y hardware institucional.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Identificación y rotulación del cableado estructurado	60%	5,42%	Informe con evidencia de los puntos de datos marcados. Visita a las oficinas, identificando la rotulación de los puntos de datos	No se ejecutó la actividad al 100%, debido a la demanda de soporte técnico y capacitaciones generadas con algunos cambios de procesos a nivel de software que nos obligaron a realizar apoyo personalizados a los funcionarios y Contratistas de las áreas asistencial
Seguimiento, Vigilancia y control a los Mantenimientos preventivos de equipos de cómputo y telecomunicaciones	100%	100%	Actas de mantenimiento debidamente firmas a satisfacción por cada funcionario o contratista con equipos de cómputo a cargo. Informes que reposan en la oficina de Ambiente Físico y Gestión tecnológica	Se cumplió con el cronograma de mantenimiento anual tanto para voz como para datos
Seguimiento, Vigilancia y control a los Mantenimientos preventivos de las UPS de respaldo ubicadas en cada uno de los centros de comunicación distribuidos en las diferentes áreas de servicio.	100%	100%	Informe de ejecución del contrato 5 2 7 d e 2023.	Se realizo el contrato no 527 de 2023, celebrado con la empresa GL computadores, contratistas que realizaron el mantenimiento preventivo y correctivo de los ups, en el periodo comprendido entre el 27 de octubre al 10 de noviembre de 2023

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia Durante la vigencia 2023., no se alcanzó al resultado de la meta establecida al 100%, debido a la demanda de soporte técnico y capacitaciones generadas con algunos cambios de procesos a nivel de software que obligaron a realizar apoyo personalizados a los funcionarios y Contratistas de las áreas asistencial, para mejoramiento del indicador no alcanzado se sugiere priorizar en 2024.

En el 2023 se realizaron los planes estratégicos contemplados en el decreto 612 de 2018, que deben ser socializados e integrarse las actividades dentro del plan de acción vigencia 2024

Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI
Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno. El Proceso de Gestión de recursos de la información debe revaluar sus indicadores y contemplar los que tiene que ver directamente con su quehacer diario, de esta manera poder evaluar el cumplimiento de funciones no contemplados dentro de los compromisos de cumplimiento en especial los establecidos por norma legal.

De igual forma verificar los riegos a los que se encuentra su área expuesta y se recomienda desde las líneas de defensa reportar los riesgos materializados en la vigencia 2023.

Control interno de Gestión

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias** **Oficina de:**

1. Fecha: 12/01/2024	2. Dependencia a evaluar: Talento Humano

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Garantizar el talento humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y mejoramiento continuo

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Capacitaciones al talento humano	N/A	Se logro dar cumplimiento al plan de capacitaciones de la vigencia 2023 en un 78%. Dando cumplimiento a nuestro plan de capacitaciones podemos contribuir al mejoramiento institucional, fortaleciendo las competencias laborales, conocimientos, habilidades de formación y capacitación expresadas por parte de los servidores públicos de la ESE, en la detección de necesidades realizadas por la oficina de talento humano.	Plan de capacitaciones s publicado dentro del plan estratégico de la oficina de talento humano. En la página web de la institución. Informe de ejecución del plan de capacitaciones que se presenta a la oficina de control interno de gestión.	De conformidad con la normatividad vigente en materia de Gestión del Talento Humano en el sector público, la ESE Hospital San Jerónimo de Montería diseñó el Plan institucional de Capacitación, con el objeto de fortalecer las competencias comportamentales y funcionales de los servidores públicos de la Entidad, la estructura del Plan está basado en los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Formación y Capacitación diseñado por el Departamento Administrativo de la función pública, en el autodiagnóstico de gestión estratégica del talento humano – dimensión del Talento Humano DEL MIPG, en el diagnóstico de necesidades detectada en las diferentes dependencias, y en los resultados de los planes institucionales.

Estudios para la implementación de plantas temporales (Formalización Laboral)		En el año 2023 se realizaron nombramientos en provisionalidad en empleos que veían en vacancia en la institución y con ello se vinculó a personal del área asistencial que venía vinculado a través de contratos de prestación de servicios. Adicionalmente, se produjo una modificación a la planta de personal y se logró la creación de dos empleos en el área administrativa que dieron lugar a la formalización laboral de personas que venían vinculados a través de contratos de prestación de servicios.	Actos administrativos de nombramiento o y posesión de las personas que fueron vinculadas a la panta de la entidad. Resoluciones No. 014 y 015 del 18 de enero de 2023 que se encuentran publicadas en la página web de la institución.	En la entidad contábamos con un alto número de vacantes definitivas que no estaban provistas, todas estas pertenecientes al área asistencial (Misional), por tal motivo en pro de adelantar el proceso de formalización laboral, se tomó la determinación de proveer la mayoría de estas con personas que venían vinculadas a través de prestación de servicios, lo cual tuvo un impacto positivo en la institución. En consecuencia, en el mes de enero de 2023 se realizó el nombramiento de 12 auxiliares de enfermería, en el mes de febrero se nombraron 2 enfermeros jefes y en el mes de mayo un auxiliar de enfermería, para un total de 15 personas. Estos contratos fueron suprimidos del número de personas contratadas. Cabe resaltar, que en el mes de marzo de 2023 fue firmado el acuerdo de reestructuración de pasivos de la entidad (Ley 550) por tal motivo no fue posible adelantar trámites para la creación de una planta temporal.
Plan estratégico de talento humano	N/A	Fue expedida la Resolución No.036 del 30 de enero de 2023, por la cual se adopta el Plan Estratégico de Talento Humano de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería para la vigencia 2023, de dicho plan forman parte integral los planes anuales de bienestar social e incentivos institucionales, de vacantes, de capacitación, de seguridad salud en el trabajo, de vacaciones y previsión del talento humano.	El plan estratégico de talento humano de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería para la vigencia 2023 fue debidamente publicado en la página web de la institución junto con los anexos que contienen los planes asociados al talento humano que establece el Decreto 612 de 2018.	Los planes y programas anuales que forman parte del plan estratégico de talento humano fueron ejecutados por parte de la entidad, es decir las actividades programadas en cada uno de estos se llevaron a cabo en su mayoría, obteniendo como resultados el cumplimiento de dichos planes.

Revisión y actualización de la planta de cargos y del manual especifico de funciones y competencias	N/A	En el mes de enero de 2023 se realizó revisión y modificación a la planta y manual de funciones y competencias laborales	Resoluciones No. 014 y 015 del 18 de enero de 2023 que se encuentran publicadas en la página web de la institución	Con las modificaciones realizadas se avanzó en la formalización laboral que se ha requerido por parte del Gobierno Nacional y se realizaron ajustes para darle mayor organización a nuestra planta de acuerdo a las necesidades de cada área, fortaleciendo algunas que así lo requerían.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: en los compromisos de cumplimiento del plan de acción desarrollado en la vigencia 2023, se evidencia un cumplimiento reportado por el área de planeación del 100%, por el área de RH el plan de capacitaciones alcanzo un 78%, en la vigencia 2023 se dio inició con

la formalización de la planta de personal en provisionalidad, al igual dieron cumplimiento a los planes anuales que hacen parte del plan estratégico del talento Humano.

Durante el 2023 en auditoria como plan de mejoramiento se realizó seguimiento al SIGEP II (Hojas de vida) del cual se trabajó con plan de mejora en esta vigencia, declaraciones de bienes y rentas, el área ha mostrado una actitud positiva en mejoras que llevan a una más eficiente y efectividad en los procesos.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno. Se debe tener mucho cuidado en la definición de los indicadores, un indicador debe ser definido en términos precisos, para nada ambiguos, deben ser cuantificables y que proporcionen información confiable, y por otro lado medibles en periodos de tiempo. El Proceso de Recursos Humanos es el pilar fundamental en el MIPG, por esta razón sus indicadores de gestión del proceso deben estar en un nivel de ejecución sobresaliente, esto se logra con un seguimiento continuo y permanente a las actividades planeadas para verificar su cumplimiento o desacierto y tomar correctivos oportunos y eficaces , es importante y como sugerencia que los planes estratégicos vallan ligados al plan de acción a ejecutar en las vigencias y poder medir metas trazadas en planes estratégicos como :

Cumplimiento de competencias laborales
Cumplimiento de la normatividad legal vigente aplicable a SST
Cumplimiento de los objetivos del SG-SST
Cumplimiento del programa de bienestar social
Cumplimiento plan operativo de programa de seguridad y salud en el trabajo
Evaluación de desempeño al personal de carrera administrativa

Control interno de Gestión

E.S.E Hospital San Jerónimo

1. Fecha: 04-01-2024	2. Dependencia a evaluar: Comunicaciones y Relaciones Públicas

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:
Producción, visualización y circulación de la información que se promueva, dentro y fuera de la organización y el desarrollo de la gestión institucional de manera eficiente, eficaz y efectiva.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Diseñar el plan de medios para la vigencia 2023	1	100%	Plan de medio diseñado	Se diseñó y presentó un plan de medios consolidando la información correspondiente a canales de difusión y estrategias a implementar interna y externamente a la E.S.E, no se aprobó.
Realizar seguimiento a la ejecución del plan de medios de la E.S.E	4	0%	Ejecución plan de medios de la E.S.E	No se ha realizado seguimiento ya que no se aprobó el Plan de Medios 2023
Apoyar el crecimiento usuarios / seguidores de las redes sociales de la E.S.E	100	100%	Crecimiento de las redes sociales de la E.S.E	Se ha aumentado considerablemente el número de seguidores en las diferentes redes, teniendo un mayor impacto en la comunidad con la oferta de nuestros servicios
Redactar boletines con información de interés pública y relevante de la E.S.E. para ser enviado a los medios de comunicación y/o proyectarlo a la institución	12	100%	Boletines enviados a medios de comunicación	Se han realizado 3 boletines de prensa con el fin de informar a la comunidad sobre los avances de la institución
Producir contenidos informativos de las carteleras institucionales de la E.S.E	12	100%	Actualizaciones carteleras institucionales	Semanalmente se actualiza y publica información relevante de nuestra entidad con el fin de mantener informados a los funcionarios y contratistas
Generar contenidos que permitan posicionar los canales de comunicación interna	4	100%	Canales de comunicación interna posicionados	Diariamente se actualiza, crea, genera y publica información relevante de nuestra entidad con el fin de mantener informados a los funcionarios y contratistas

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: De los compromisos reportados por la oficina de Planeación y la oficina de comunicaciones y relaciones públicas, el cumplimiento fue de 5 compromisos asociados al cumplimiento de objetivo institucional de acuerdo con la meta trazada, quedando un indicador en 0% que fue la ejecución del plan de Medios.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: se recomienda presentar nuevamente el plan de medios a la alta gerencia en la vigencia 2024, que de acuerdo con sus estrategias la Dirección verifique la viabilidad de este y el aprovechamiento en términos de publicidad requiera el ESE HSJM.
También se recomienda mantener actualizada la sección de NOTICIAS de la pagina web de la institución, ya que esta es la cara al cliente de la institución, control interno reconoce los esfuerzos de solicitud con las áreas para mantener esta sección actualizada que es de suma importancia para la entidad, pero es importante el seguimiento y constancia de la Gestión dentro de la anualidad.

Control interno de Gestión

E.S.E Hospital San Jerónimo

- - 1. Fecha: enero 26 de 2024	- - 2. Dependencia a evaluar: Ambiente Físico y Gestión de la Tecnología -

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Mantenimiento de la Infraestructura Hospitalaria de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Realizar el mantenimiento mensual programado a los equipos biomédicos, infraestructura física, redes eléctricas y mobiliario de la E.S. E	100%	El mantenimiento preventivo programado en la entidad se cumplió en un 100% esto obedece básicamente a la planificación del mantenimiento en la entidad mediante el Cronograma de Mantenimiento en las diferentes dependencias de la E.S.E. como son: Sistemas, Infraestructura y Biomédico se realizó adecuadamente, ayuda también a este logro el adecuado inventario que se tiene de los activos en estas dependencias que son susceptibles de realizarles mantenimiento Preventivo en la entidad	Contrato de mantenimiento firmado con la empresa Apoyamos Laborando S.A.S. Ejecución del Pan de Mantenimiento vigencia 2023, soportes de las labores realizadas en las diferentes dependencias de la entidad mes por mes que se encuentran en las dependencia de Sistemas, Biomédico e Infraestructura, estos soportes obedecen a un formulario que se diligencia una vez se realiza la labor de mantenimiento y se detallan las labores realizadas, se firma por la jefe de la dependencia o responsable del proceso y por operario que realizó la labor.	El cronograma de mantenimiento para la vigencia de 2023 se cumplió en un 100% esto obedece básicamente a que se tiene una planificación que genera un plan de mantenimiento que facilita la programación y ejecución de las actividades de mantenimientos en los activos de la entidad además esto se acompaña con un control para que se ejecute en su totalidad.

Realizar el mantenimiento correctivo a los equipos biomédicos e infraestructura de la E.S.E	100%	Unas de las tareas en que se dedica mayor tiempo en mantenimiento en la entidad es el del Mantenimiento Correctivo, esto obedece básicamente a que la infraestructura hospitalaria como los edificios, las instalaciones físicas, las redes eléctricas, redes de acueducto y alcantarillado estas últimas construidas en tubería de concreto y constantemente se obstruyen por raíces de los árboles, son bastante obsoleta y la calidad de los materiales con que fue construido no son de buena calidad, no obstante, el equipo de mantenimiento logra mantener al hospital en condiciones óptimas para prestar un servicio de salud con calidad a sus usuarios	Contrato de mantenimiento con la empresa Apoyamos Laborando S.A.S, Ejecución del plan de mantenimiento de la vigencia 2023 correspondientes a las dependencias de Mantenimiento de Infraestructura, Oficina de Biomédico y Oficina de Sistema, soportes de la ejecución del Plan de Mantenimiento correspondiente a las labores realizadas en cada dependencia de la entidad mes por mes y que reposan en estas dependencias	Los mantenimientos correctivos en la entidad para la vigencia 2023 se adelantaron satisfactoriamente, nos apoyamos para realizar estas actividades con las solicitudes que realizan las diferentes dependencias mediante un grupo por wasap y por el correo electrónico por donde se hacen las solicitudes de mantenimiento sobre los daños que se presentan en las diferentes dependencias, además se hace recorrido por las diferentes oficinas y dependencias del hospital para detectar fallas en la infraestructura hospitalaria y adelantar los correspondientes correctivos, esto le permie a la entidad mantener su infraestructura adecuadamente
Gestionar de manera oportuna las solicitudes de mantenimiento realizadas al área.	100%	El servicio de Mantenimiento en la entidad Sistemas, Biomédico e Infraestructura reciben un sin número de solicitudes de mantenimiento de las diferentes dependencias, los cuales se logra darle atención oportuna con lo cual se mantiene al hospital en adecuadas condiciones de operatividad, todos los llamados de mantenimiento de las dependencias son atendidas y se procura que sean realizadas en el menor tiempo posible, esta tarea se logra mucho mejor cuando se tiene contrato con un proveedor de insumos y repuestos que facilita la labor en menor tiempo, el promedio de la oportunidad en la atención de las solicitudes de mantenimiento para la vigencia de 2023 fue de 3.97 días para darle solución a las solicitudes	Se lleva un registro de las solicitudes que realizan las diferentes dependencias de la entidad a través de grupo de wasap y por el correo electrónico, el objetivo es asegurar la continuidad de la prestación del servicio de los equipos, la infraestructura y demás activos de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería	Se adelantó mantenimientos correctivos en la entidad conforme a las diferentes solicitudes de mantenimiento realizadas por las diferentes dependencias de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, debido a la antigüedad que tienen el infraestructura hospitalaria bastante obsoleta lo que provoca constantes averías de toda índole ocasionando un mayor porcentaje de solicitudes de mantenimientos correctivos, no obstante se hace esfuerzos para realizar un buen mantenimiento para que los equipos y elementos hospitalarios sean confiables para prestar un buen servicio

Diseñar, implementar y divulgar políticas de administración y manejo racional de los recursos	100%	La oficina de Ambiente Físico y Gestión de la tecnología viene adelantando campañas de sensibilización para el buen manejo y uso de los recursos de la entidad con el objetivo de crear cultura de pertenencia que conduzca a evitar daños en los activos de la entidad por mala utilización de estos buscando bajar el índice de daño en los activos por usos inadecuados que causan su utilización afectando con ello la calidad y deficiencia en la prestación del servicio de salud a los usuarios, esta sensibilización busca reducir o eliminar los daños en elementos como son cerraduras de puertas que presentan un alto índice, llaves de lavamanos y duchas, taponamiento de redes del alcantarillado por materiales arrojados como guantes quirúrgicos, toallas serena, entre otros	Se tiene un registro de directrices emitidos por la oficina de Ambiente Físico y Gestión Tecnológica a las diferentes dependencias buscando con ello sensibilizar a los funcionarios y creando cultura de pertenencia para mejorar el buen uso de los activos de la entidad ya que se presentan muchos daños por estos hechos,	La oficina de Ambiente Físico y Gestión de la tecnología viene adelantando campañas de sensibilización a través de charlas en las diferentes dependencia, mensajes por correo electrónico que conduzcan al buen manejo y uso de los recursos de la entidad con el objetivo de crear cultura de pertenencia que conduzca a evitar daños en los activos de la entidad por mala utilización de estos buscando bajar el índice de daño en los activos por usos inadecuados que causan su utilización afectando con ello la calidad y deficiencia en la prestación del servicio de salud a los usuarios, esta sensibilización busca reducir o eliminar los daños en elementos como son cerraduras de puertas que presentan un alto índice, llaves de lavamanos y duchas, taponamiento de redes del alcantarillado por materiales arrojados como guantes quirúrgicos, toallas serena, entre otros

Provisión de los servicios de aseo y adecuaciones locativas de la E.S.E.	100%	La provisión de los servicios de aseo está asegurada mes a mes dado que se tiene un contrato de suministro de estos elementos con la empresa Apoyemos Laborando S.A.S., esto asegura la prestación de este servicio mes a mes con lo cual se presta una labor con calidad y sin inconveniente apoyados en los operarios que realizan esta labor ya que están debidamente capacitados para desarrollarla adecuadamente, igualmente todas las adecuaciones locativas que se requieren en la entidad son adelantadas por el equipo de mantenimiento lo cual se asegura que la infraestructura de la entidad sea adecuada para prestar el servicio de salud a sus usuarios	Contrato de suministro 519 de 2023 con la empresa Apoyamos Laborando S.A.S. entrega de insumos y/o herramientas entregado por la empresa Apoyamos Laborando S.A.S de conformidad con lo contratado como desinfectante, Klaxen tabletas, hipoclorito de sodio, limpiavidrios, detergente en polvo, traperos, escobas con su palo, guantes, guantes negros talla 9 y 8 ½, bolsas rojas 70x90 cm, bolsas negras 70*90 cm, facturas, actas de recibo a satisfacción firmado por el profesional universitario del área de suministro donde hace costar los ingresaron al Hospital los insumos suministrados por la empresa Apoyamos Laborando S.A.S, relación de entrega de insumos hospitalarios a los (as) operarios (as) de servicios general de la empresa APOYAMOS LABORANDO S.A.S para adelantar las labores en las diferentes dependencias de la entidad en la que se evidencia las cantidades de insumos entregados como desinfectante, hipoclorito, cloro orgánico, detergente, guantes, bolsas rojas, bolsas negras, bolsas blancas, entre otros, certificado con sus respectivas firmas de recibido de las cantidades entregadas	La provisión de los servicios de aseo en la entidad se adelanta mediante Contrato de suministro de insumos y elementos de aseo para la limpieza de las áreas comunes, asistenciales y administrativas firmado con la empresa Apoyamos Laborando S.A.S. esto asegura la provisión para adelantar los servicios de aseo mes a mes de manera adecuada y sin pérdida de tiempo ejecutando una labor con calidad y sin inconveniente, igualmente todas las adecuaciones locativas que requieren en la entidad son adelantadas por el equipo de mantenimiento lo cual se asegura que la infraestructura de la entidad sea adecuada para prestar el servicio de salud a sus usuarios

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: De los compromisos reportados por la oficina de Planeación y la oficina de ambiente físico y gestión a la tecnología, el cumplimiento fue de 100% de sus compromisos asociados al cumplimiento de objetivo institucional de acuerdo con la meta trazada, quedando un indicador en 100%.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: en los subproceso de las áreas se recomienda tener presente las líneas estratégicas que hacen parte de esta área, es recomendable que la oficina de biomédica realice el reporte de los riesgos presentados en la vigencia 2023 , los cuales vienen materializados y deben ser gestionados los controles desde las líneas de defensa, debemos corregir las desviaciones oportunamente, proceso apunta a un manejo eficiente y eficaz de todos sus subprocesos.

Control interno de Gestión

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de: OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO.**

1. Fecha: 15/01/2024	2. Dependencia a evaluar: OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO.

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Labor preventiva, Revisión permanente de procesos disciplinario y modificación de la Estructura Funcional Y operativa del área.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Ejercicio de la labor preventiva, a través de capacitaciones brindadas por medio del programa de inducción y reinducción que lidera la oficina de talento humano y de manera presencial sobre Régimen Disciplinario.	100%	100%	Archivo en pdf que contiene el listado de personal que realizó el curso en materia disciplinaria y correos electrónicos donde se enviaron las campañas.	En la vigencia 2023, se capacitó a los servidores públicos de la institución a través de la plataforma Q10. Asimismo, se realizaron campañas en todo el año en materia disciplinaria.
Realizar una permanente revisión de los procesos disciplinarios con el fin de mantener un estudio constante y actualizado del avance de la actuación en cuanto al recaudo probatorio y de los términos de las etapas procesales en que se encuentran.	100%	100%	Informe de procesos disciplinarios.	Se Adelantó y gestionaron las actuaciones procesales dentro de los términos legales establecidos, se recaudó el acervo probatorio suficiente en cada uno y dar celeridad a los procesos que lo requieran, para lograr que ningún proceso se tenga que archivar por prescripción y que los términos de las etapas procesales se mantengan vigentes. En la vigencia no se archivó proceso por prescripción.
Realizar la modificación de la Estructura Funcional y Operativa de la Oficina de Control Interno Disciplinario de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería conforme al código general disciplinario - Ley 1952 De 2019 modificada por la Ley 2094 de 2021 y las demás que le complementan, incluidos los formatos.	100%	100%	Acta firmada entre las áreas Oficina de Control Interno Disciplinario y Calidad, donde se realiza la entrega final del proyecto de la estructura.	Con el resultado se logra la modificación de la Estructura Funcional y Operativa de la Oficina de Control Interno Disciplinario de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería incluidos los formatos conforme al código general disciplinario - Ley 1952 De 2019 modificada por la Ley 2094 de 2021 y las demás que le complementan.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: De los tres (3) indicadores Reportados por la oficina de calidad, este proceso dio cumplimiento al 100%.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Mantener el seguimiento continuo y permanente a sus indicadores apuntando siempre con este proceso a un manejo eficiente y eficaz de todos sus expedientes de procesos. Se recomienda el manejo del centro documental, activar desde su línea de defensa el auto control.

E.S.E Hospital San Jerónimo

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias - Oficina jurídica**

1. Fecha: 15/01/2024	2. Dependencia a evaluar: Oficina Jurídica

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

1. Responder oportunamente los derechos de petición radicados en esta dependencia según ley 1755 de 2015.
2. Contestar las demandas en contra el hospital en los términos de ley y con soporte jurídico.
3. Preparación y asistencia a las audiencias citadas
4. Proyectar los conceptos con soporte jurídico actualizado
5. Registrar y actualizar sentencias y procesos juridiciales en curso, que afectan los estados financieros de la entidad.
6. Cumplir a cabalidad con todos los procesos de contratación con persona jurídica, diferentes a personal, elaborar los proyectos de actos administrativos y contratos que deban ser tramitados por la Empresa Social del Estado para el eficiente y eficaz desarrollo de sus funciones.
7. Publicar y mantener actualizado el cargue de información en las plataformas de SIA OBSERVA - SECOP- SIHO
8. Presentación en tiempo de los informes de ley a que haya lugar.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Dar respuesta a todos los requerimientos que sean radicados en el área.	100%	100%	Respuestas a derechos de petición	Durante la vigencia analizada, fueron radicados 116 derechos de petición los cuales fueron respondidos todos oportunamente.
Oportunidad en contestación de demandas.	100%	100%	Contestación demanda	Durante la vigencia analizada, fueron contestadas oportunamente 13 demandas judiciales correspondientes a las diferentes jurisdicciones aplicables.
Ejercer debidamente la defensa judicial	100%	100%	Actas de audiencias	Durante la vigencia analizada, desde la oficina jurídica, los abogados asistieron oportunamente a 32 audiencias judiciales dentro de los procesos que cursan en contra de la entidad.
Realizar apoyo a las otras Áreas con conceptos jurídicos.	100%	100%	Emisión de conceptos	Durante la vigencia analizada, desde la oficina jurídica, se emitieron 3 conceptos jurídicos por los temas solicitados.
Consolidar información de sentencia y procesos judiciales en curso para reportar la información con el área de contabilidad.	100%	100%	Oficios enviados a contabilidad	Durante la vigencia analizada, se elaboraron 7 oficios que fue enviados al área de contabilidad para el registro de procesos judiciales, cumpliendo la meta de un registro mensual de procesos.
Realizar el proceso de contratación institucional.	100%	100%	Base de contratación	Durante la vigencia analizada, de los 74 fueron suscritos 74 contratos con persona jurídica.
Se debe mantener actualizado el cargue de la información en las plataformas.	100%	100%	Cargue de las plataformas	Durante la vigencia analizada, se realizó el cargue en las plataformas SECOP, SIA OBSERVA Y SIHO de la contratación del hospital contenidos en 567.
Dar cumplimiento oportuno en los términos de ley a los informes solicitados	100%	100%	Informe de Ley	Durante la vigencia analizada, se dio cumplimiento a las solicitudes realizadas por los diferentes entes de control e incluidos los informes de ley.

E.S.E Hospital San Jerónimo

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia En la vigencia 2023, se evidencia que la dependencia evaluada realizo todos sus compromisos con un nivel de cumplimiento del 100% , más sin embargo la Oficina de Control Interno en auditoria adelantada al proceso de contratación de bienes y servicios dejo recomendaciones a diferentes componentes dentro de las actividades realizadas dentro de la auditoria, como el cargue de los contratos en la plataforma , estudios de mercados , hojas de vida etc, oportunidades de mejora que nos llevan a tener el cumplimiento del indicador al 100%.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno Se realizan las siguientes recomendaciones a ser tenidas en cuenta en a la programación de metas para 2024, relacionar los indicadores que se describen en el plan institucional con lo formulado en el POA, con el fin de que mantener uniformidad en la forma de medir su ejecución.

Control interno de gestión.

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias** **- Oficina de:**

- 1. Fecha: 24 de enero de 2024	- 2. Dependencia a evaluar: Consulta Externa y Cirugía

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Garantizar una atención integral centrada en el paciente y su familia con enfoque en los estándares de acreditación y seguridad del paciente, aplicando los criterios de los atributos de calidad en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad, control del riesgo y calidad de la atención, que permita generar la satisfacción y fidelización del paciente y su familia.

Garantizar unos mínimos de calidad en la atención, con indicadores institucionales directos, cumplimiento en la normatividad vigente.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Consulta médica especializada asignada	4.000	2.182	Graficas de estadísticas.	A pesar de un crecimiento del 1.6% con relación al 2022, se quedó en un 45.5% con relación a la meta. Se debe mejorar la oferta y la contratación con las EPS.
Tiempo promedio de espera para la asignación de citas.	15 días	9 días	Graficas de estadísticas.	Hay un avance significativo, producto de la apertura de nuevos canales de comunicación entre los usuarios y la ESE (citas presenciales, citas por WhatsApp)
Numero de cirugías realizadas.	N.A	9.246	Grafica de estadísticas.	Promedio de 3 cirugías diarias por quirófano disponible (3 quirófanos). Hay subutilización del servicio. Se debe revisar la integralidad en los contratos con las EPS.

Auditoria de historias clínica de enfermería	100	97%	Imagen POA 2023	Se hace seguimiento mensual a la calidad de los datos, en el llenado diario de las notas de enfermería, por jefa de enfermeras.
Auditoria de historias clínicas de especialidades	100	96%	Imagen POA 2023	Se hace seguimiento mensual a la calidad de los datos, en el llenado diario de las notas diarias del especialista y las descripciones quirúrgicas, por auditoria concurrente.
Cumplimiento plan de capacitaciones personal del área.	26	100%	Actas y listas de asistencias.	Se hace una programación anual, se lleva un estricto seguimiento al cumplimiento del cronograma establecido.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia En la vigencia 2023, se evidencia el no cumplimiento de metas establecidas para esta área, más sin embargo se logra evidenciar que se ha mantenido un nivel de trabajo y esfuerzo dinámico y positivo por mejorar la calidad en la consulta y cirugía

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno Durante la vigencia 2023 los indicadores tienen un cumple bueno en la meta establecida, se espera que continúe la tendencia positiva con el mantenimiento y fortalecimiento de estrategias adoptadas por el responsable del proceso.

Control interno de Gestión

	Evaluación de Gestión por Dependencias - **Oficina de:**

- - 1. Fecha: 15 enero 2024	- - 2. Dependencia a evaluar: Coordinación de enfermería -

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

- Planear el recurso humano de enfermería con el fin de optimizar y asegurar una prestación de servicio con calidad.
- Rondas de seguridad de gestión clínica.
- Coordinar la planeación de educación continuada para el personal de enfermería acorde a las necesidades presentadas
- Coordinar y evaluar el desarrollo de las actividades que realiza el personal de enfermería.
- Asistir a los comités programados por la institución.
- Supervisión de los contratos del personal de enfermería

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Elaboración de cuadros de turnos	12	100%	Cuadros de horarios	Se elaboran cuadros de turnos mensuales del personal asistencial de enfermería cumpliendo con las horas establecidas.
Ausentismo del personal de enfermería	12	100%	Informe mensual	Notificación del ausentismo mensualmente al área de subgerencia asistencial y recursos humanos.
Capacitaciones de los protocolos básicos de enfermería	12	100%	Cronograma de las capacitaciones	Se realizaron las capacitaciones programadas con el personal de enfermería, con apoyo de los convenios docentes asistenciales existentes con las universidades.

Evaluación de los protocolos de enfermería	8	100%	Informe de evaluación mensual	Se evalúan los protocolos de enfermería en forma mensual
Realizar supervisión de los contratos de enfermería	12	100%	Informe de la supervisión mensual	Se realiza supervisión mensual de los contratos de enfermeras y auxiliares verificando su seguridad social y actividades a cumplir.
Rondas de seguridad de gestión clínica y fortalecimientos de los procesos asistenciales	12	100%	Informe de rondas de seguridad y actas de reuniones con el personal de enfermería asistencial	Diariamente se realiza ronda de gestión clínica en las unidades asistenciales de la ESE HSJ y se realizan reuniones mensuales con el personal a cargo para fortalecer los procesos asistenciales.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia En la vigencia 2023, se evidencia el cumplimiento de metas establecidas para esta área del 100%, más sin embargo se logra evidenciar que se ha mantenido un nivel de trabajo y esfuerzo por mejorar la calidad en la prestación del personal de enfermería.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno Durante la vigencia 2023 los indicadores tienen un cumplimiento bueno en la meta establecida, se espera que continúe la tendencia positiva con el mantenimiento y fortalecimiento de estrategias adoptadas por el responsable del proceso y es preciso desde las líneas de defensa el seguimiento en el cumplimiento de cada una de las funciones que acompañan al proceso.

Control interno de Gestión

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias** **Oficina de: control interno de Gestión**

1. Fecha: 30/01/2024	2. Dependencia a evaluar: **Apoyo Diagnostico**
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Garantizar unos mínimos de calidad en la atención, con indicadores institucionales directos, cumplimiento en la normatividad vigente	

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Verificar la adherencia a los protocolos existentes con el fin de asegurar la adecuada prestación del servicio.	Continuar con la realización de las autoevaluaciones internas, que nos permitan detectar errores de desviación de los procesos	Autoev realizadas = 1/ autoev programadas = 1 = 100 %		Cumplimiento objetivo con plan continuado de PHVA

Trabajar articuladamente con los profesionales de comunicaciones y mercadeo de la ESE, para dar a conocer el Banco de Sangre a toda la comunidad, utilizando para ellos las diferentes plataformas autorizadas en la institución.	Dar a conocer el Banco de sangre de la ESE a la comunidad.	publicaciones que apoyan =16 publicaciones totales 185 100%		Se extendieron las actividades a la comunidad con cronograma de actividades
Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos en los convenios de docencia de servicio, que hacen referencia a el apoyo permanente de la realización de jornadas de donación voluntaria y habitual de sangre, en las instituciones con las que se tenga convenio docencia servicio	Mantener permanente comunicación con el profesional encargado de los convenios de docencia - servicio,	Se realizaron jornas convenio docencia en un 100%		Se debe ampliar convenio para incremento de jornadas voluntarias según programación
Realizar las reformas locativas del laboratorio, optimizar las áreas, dar cumplimiento a los requisitos que en cuanto a infraestructura se necesitan para el cumplimiento de la norma.	Realizar 100%	100%		Se realizo reforma locativa con alto estándar en infraestructura y servicios
Actualizar los manuales de procesos y procedimientos de las diferentes áreas técnicas del laboratorio	100%	80%		La estructura funcional del Laboratorio se revisó con el área de calidad y están al pendiente actualizar 2 manuales

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia En la vigencia 2023, se evidencia el cumplimiento de resultados, los cuales no tienen unas metas establecidas, se evidencia cumplimientos del 100%, en otros el 80% más sin embargo el área mantiene un nivel de trabajo y esfuerzo por mejorar con calidad el servicio prestado mediante este proceso.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno Durante la vigencia 2023 los indicadores tienen un cumplimiento bueno en la meta establecida, se espera que continúe la tendencia positiva con el mantenimiento y fortalecimiento de estrategias adoptadas por el responsable del proceso y es preciso desde las líneas de defensa el seguimiento en el cumplimiento de cada una de las funciones que acompañan al proceso.

Control Interno de Gestión

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias - Oficina de:**

1. Fecha: enero 31 de 2024	2. Dependencia a evaluar: Control Interno Contable
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Verificar la efectividad de las políticas de operación para el desarrollo de la función contable y comprobar la existencia de indicadores que permitan evaluar permanentemente la gestión de la entidad, garantizar que los hechos económicos de la entidad se reconozcan, se midan, revelen y presenten con sujeción al régimen de contabilidad pública.	

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
AUDITORIAS PROGRAMADAS	7	7	Auditorías realizadas	Como resultado de estas auditorias se levantaron planes de mejoramiento
DEPURACION FINANCIERA	Aplicación de la política de deterioro	Valor real	actas	Se depuraron algunas acreencias

REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENO	Realizar seguimientos a los planes de mejoramiento internos y externos	A cada plan se le hizo seguimiento	Informes de seguimientos	Se hizo seguimiento a cada plan de mejoramiento con el fin de subsanar los hallazgos u observaciones encontradas
PRESENTACION DEL CONSOLIDADOR DE HACIENDA E INFORMACION PUBLICA (chip)	Presentación en los tiempos establecidos	Buena calificación por parte de Contaduría General de la Nación	Informe enviado, se encuentra en la Página de la Contaduría General de la Nación	El Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP), se presentó dentro de los tiempos establecidos, obteniendo una calificación 4.58
ACOMPAÑAMIENTO AL LEVANTAMIENTO FISICO DE LOS INVENTARIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	2	Se realizó en un 100%	Generación de informes	Se levanto un plan de mejoramiento, ya que se encontraron algunas inconsistencias
ACOMPAÑAMIENTO A LOS INVENTARIOS DE ACTIVOS FIJOS	1	Se realizó 100%	Informes emitidos	Se encontraron inconsistencias, se levantará un plan de mejoramiento

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia En la vigencia 2023, se evidencia cumplimiento de compromisos pactados en la mayor parte de estos, el propósito de esta evaluación es determinar la existencia de controles y su efectividad para la prevención y neutralización del riesgo asociado a la gestión contable, y de esta manera establecer el grado de confianza que se le puede otorgar en los componentes realizados

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno los compromisos con el profesional de este control de la entidad está interrelacionado con los demás procesos que se llevan a cabo en lo financiero y contable del ESE HSJM, por lo cual, en virtud de la característica recursiva que tienen todos los sistemas y en aras de lograr la sinergia que permita alcanzar los objetivos específicos y organizacionales, como proveedor de información tienen el compromiso de suministrar los datos que se requieran, de manera oportuna y con las características necesarias, de modo que estos insumos sean procesados adecuadamente, para la toma de decisiones por parte de la Gerencia.

Control interno de Gestión

E.S.E Hospital San Jerónimo

E.S.E Hospital San Jerónimo	**Evaluación de Gestión por Dependencias - Oficina de:**

- 1. Fecha: 15 de enero de 2024	- 2. Dependencia a evaluar: Contabilidad

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Garantizar mediante un manejo gerencial la rentabilidad social y financiera de la empresa.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL.	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	META	RESULTADO ALCANZADO	EVIDENCIA	Análisis de Resultados
Efectuar revisión periódica aleatoria de los registros causados por las diferentes áreas, para determinar su adecuada clasificación.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Se hizo revisión permanente de todas las cuentas que conforman el balance de comprobación por terceros de la entidad, verificando el saldo final en el mes teniendo en cuenta su naturaleza según la clase de cuenta.
Realizar trimestralmente la conciliación de las partidas incorporadas en los estados financieros entre las diferentes áreas de la entidad	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Se realizaron actas de conciliación de saldos con las áreas de Facturación, Inventarios (suministros), Cuentas por pagar, Tesorería, Glosas, Cartera y Activos Fijos, jurídica.
Revisar, evaluar y consolidar la información suministrada por las diferentes dependencias del área financiera, efectuando los correctivos necesarios en aras que la información financiera exprese la realidad financiera de la entidad.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Se revisó y consolidó la información proveniente de otras áreas, además se realizaron actas de conciliación con cada una de ellas dejando evidencia de las situaciones presentadas.
Monitorear la aplicación de la resolución 414 de 2014 e informar a la administración sobre alguna anomalía al respecto.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Se validaron los registros frente a la aplicación de la resolución 414 de 2014, tomando como malla validadora el cargue en la plataforma CHIP.
Actualizar el plan de cuentas cuando la contaduría general de la nación efectúe cambios por eliminación, incorporación o modificación de algunas de ellas.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Se validaron los registros frente a la aplicación de la resolución 414 de 2014, tomando como malla validadora el cargue en la plataforma CHIP.
Generar los estados financieros de la E.S.E. acorde a lo normalizado por la Contaduría General de la Nación y demás entes rectores.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Los estados financieros de la entidad fueron generados directamente de la aplicativa dinámica gerencial, elaborados en el formato de presentación para su posterior revisión y firma por parte del contador, gerente y revisor fiscal.
Presentación oportuna de informes trimestrales sobre el estado de la actividad económica y demás componentes de los estados financieros.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Se presentaron oportunamente los reportes trimestrales en la plataforma CHIP y SIHO.

Elaborar y presentar trimestral y anualmente a los usuarios internos y externos (contaduría general de la nación, Supersalud, Minsalud y contraloría), los informes que sean requeridos al área de la contabilidad.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Se presentaron los informes requeridos por los diferentes usuarios internos y externos (contaduría general de la nación, Supersalud, Minsalud y contraloría), los informes que sean requeridos al área de la contabilidad.
Elaborar y presentar de forma oportuna los informes de ley y toda la información requerida por los entes de control y áreas internas de la E.S.E.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	100%	Estados financieros (en proceso cierre de vigencia fiscal)	Se elaboraron y presentaron oportunamente los informes de ley, además de la información requerida por los entes de control y áreas internas de la E.S.E.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia En la vigencia 2023, se evidencia cumplimiento de compromisos pactados al 100%, desde el área de control interno de gestión el área contable, se presentaron sugerencias en temas de retención en la fuente en temas de procedimientos aplicados a los funcionarios .

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno tener en cuenta la identificación de riesgos que son los que permiten conocer los eventos que representan algún grado de amenaza para el cumplimiento de la función del área responsable del proceso contable y que producen efectos desfavorables para el ESE HSJM. A partir de ellos, se analizan las causas, los agentes generadores y los efectos que se pueden presentar con su ocurrencia. Los responsables de la información financiera deben identificar, analizar y gestionar los riesgos contables para alcanzar el objetivo de producir información financiera con las características fundamentales de relevancia y representación fiel establecidas en el Régimen de Contabilidad Pública.

Se recomienda seguimiento al riesgo identificado en su área.

CONCLUSIONES

1.La información reportada por la oficina de Planeación de entrega de cumplimiento de indicadores es tenida en cuenta por la oficina de CIG, quien verifica dicha información para evaluar y emitir recomendaciones de manera objetiva e imparcial; sumado a esto el informe de Evaluación por Dependencias que es de ley y establece un plazo para su entrega hasta el 30 de enero de cada vigencia, el retraso en la entrega impacta de manera negativa el cumplimiento por parte de esta oficina.

2. De acuerdo con los indicadores de la vigencia 2023 entregados por la oficina de planeación, se pudo evidenciar a nivel general una buena gestión de todos los procesos, ejercicio que se viene realizando anualmente.

3. Se ve la necesidad de realizar una revisión y ajustes a los indicadores formulados por parte de los procesos, siendo necesario fortalecer la asesoría y el acompañamiento por parte de la oficina de Planeación.

4. La evaluación y recomendaciones entregadas por la oficina de Control Interno de Gestión fueron limitadas teniendo en cuenta el retraso de información por parte de algunas áreas en su entrega de la información para ser verificada y validar los porcentajes de cumplimiento de los indicadores, como otras áreas que no hicieron entregan de las mismas.

E.S.E Hospital San Jerónimo

RECOMENDACIONES

1. Diseñar un aplicativo en el cual se pueda anexar las evidencias documentales, que permita realizar el seguimiento, evaluación y verificación de la información reportada por cada uno de los procesos de manera trimestral, una vez socializado y avanzado el POA, verificar con evidencias las consistencias y la labor realizada que redunde en eficiencia para la entidad.

2. Se recomienda como aspecto fundamental, por parte de los procesos, dar cumplimiento a los plazos establecidos para la entrega de la información de Indicadores, lo que permite a la oficina de Planeación y Control Interno generar informes de calidad y dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente.

3. El informe final de Indicadores debe contener el análisis de los resultados obtenidos durante la vigencia, con relación a las actividades realizadas, de tal manera que se explique el comportamiento de los resultados de la gestión y que sirva de soporte en la toma de decisiones por parte de la Gerencia.

4. La Oficina de Planeación debe hacer seguimiento a los indicadores trimestralmente, de tal manera que los avances presentados por los procesos reflejen veracidad y confiablidad; y el cumplimiento de las metas repercuta en el logro de objetivos estratégicos del HSJM

5. Se recomienda tener presente los indicadores que no alcanzaron el porcentaje de cumplimiento esperado en la vigencia 2023 se deben retomar para la vigencia 2024.

Atentamente

MARTA RAMOS PATERNINA
CONTROL INTERNO DE GESTION.