



**INFORME EVALUACION GESTION POR DEPENDENCIAS
ESE SANTIAGO DE TUNJA**

**Asesor de Control
Interno**

**CLAIRE CARVAJAL
PINZON**

VIGENCIA 2022

**Fecha de seguimiento:
enero de 2023**

OBJETIVO

Evaluar la Gestión de las 14 dependencias, para determinar el grado de cumplimiento de todas las metas, objetivos y proyectos que presentaron en los planes de acción a la vigencia.

Verificar y comprobar que los objetivos y metas planeadas se hayan cumplido respecto a las acciones programadas.

Verificar el porcentaje de avance en el cumplimiento a las metas y en la atención de las solicitudes de los grupos de valor de la entidad correspondientes a cada actividad del plan de acción de la vigencia 2022 en cada una de las dependencias.

ALCANCE

Inicia con la recolección de la información de la gestión institucional, la verificación de su cumplimiento (periodo 1 de enero al 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior) hasta la presentación del Informe a la Línea Estratégica de Defensa para la toma de decisiones.

La evaluación se desarrolló verificando el grado de cumplimiento de los Planes Operativos, planes de mejoramiento, plan de desarrollo, el reporte de las PQRS, los mapas de riesgos de corrupción y de gestión, los indicadores de los procesos; revisión que se aplicó a cada una de las dependencias de la Administración.

NORMATIVIDAD

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"

"Artículo 39. 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, (...). 3.2.

Decreto 1083 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de la Función Pública"

"Artículo 2.2.21.4.9 Informes. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación:
e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004."



Circular 004 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial

“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 a 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.

La Evaluación Institucional a que se refiere el presente lineamiento será anual y se efectuará respecto del año anterior durante el mes de enero de la siguiente vigencia (...).”

INFORME

La Oficina de Control Interno, solicitó a las Direcciones de Planeación y Calidad la información relacionada con el Plan Operativo Anual y Plan de Desarrollo Institucional por cada una de las dependencias y el informe final de cumplimiento de metas con corte a 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

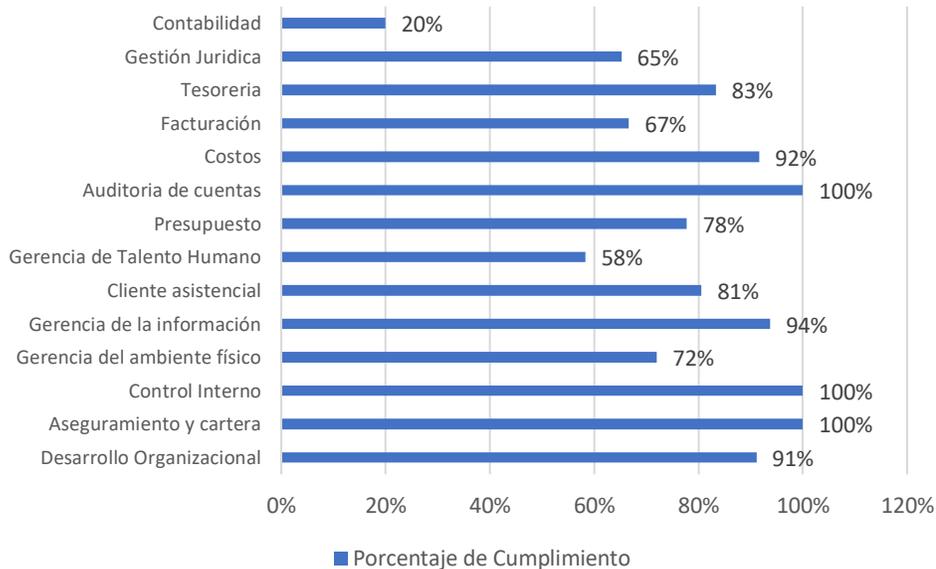
Los Planes de Acción anuales recogen la programación de las actividades establecidas por cada una de las dependencias para lograr el desarrollo de los Compromisos, los programas y los proyectos definidos en el Plan de Desarrollo

Se realiza la verificación al cumplimiento de las actividades relacionadas en el POA institucional por cada dependencia, mediante la revisión de las evidencias suministradas.

A continuación, se presenta una gráfica que nos indica el nivel de cumplimiento de cada una de las áreas. (información suministrada por el área de Calidad).



Porcentaje de Cumplimiento por Estandares POA
Total año 2022 - E.S.E. Santiago de Tunja



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En general las diferentes Dependencias, demostraron una gestión satisfactoria durante la vigencia del 2022, sin embargo, en algunas de ellas se debe fortalecer las acciones para lograr cumplir la meta establecida en los indicadores, entendiendo que un porcentaje de avance por debajo del 80% es un resultado ACEPTABLE y disminuye los índices de cumplimiento del Plan de Desarrollo.

Divulgar ante los grupos de trabajo de las dependencias los resultados, con el fin de hacer revisión de aquellas actividades que no pudieron cumplir las metas del plan de acción.

Se requiere incluir plan de mejora e inclusión en POA de la Vigencia 2023 los incumplimientos evidenciados en la evaluación para tener un enfoque preventivo y lograr el 100% en todas las actividades.

CLAIRE CARVAJAL PINZON
ASESORA DE CONTROL INTERNO
ESE SANTIAGO DE TUNJA



**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**



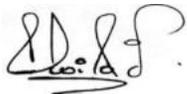
FUNCIÓN PÚBLICA

1. Fecha: enero 26 de 2022	2. Dependencia a evaluar: Todas las Dependencias ESE SANTIAGO DE TUNJA Vigencia 2022	
3. Objetivos Institucionales. (Objetivos Estratégicos enmarcados en 5 áreas temáticas)		
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de salud de alta calidad. Garantizar un modelo de prestación de servicios con enfoque diferencial y orientado a procesos, que incluya telemedicina.• Solidez Financiera. Garantizar la sostenibilidad económica a través de la generación y cumplimiento de los indicadores establecidos en el plan de gestión, y la estandarización de los procesos financieros.• Desarrollo del Talento Humano y la cultura organizacional. Desarrollar el talento humano de la entidad basados en el plan estratégico de talento humano PETH y dando cumplimiento a lo establecido en MIPG.• Modernización tecnológica. Garantizar la interconexión de las tecnologías biomédicas y el sistema de información en toda la organización.• Desarrollo del ambiente físico. Estructurar requerimientos de las necesidades fundamentales de la organización y optimizar la infraestructura preexistente		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	91%	El 9% de incumplimiento restante hace referencia a la falta de ejecución de actividades relacionadas con socialización de protocolos de egreso y pos egreso. El estándar tiene un cumplimiento Optimo
ASEGURAMIENTO Y CARTERA	100%	Cumplidas todas las actividades planteadas en la vigencia en y dentro de tiempos de oportunidad acordes. El estándar tiene un cumplimiento Muy Optimo
CONTROL INTERNO	100%	2 actividades adicionales no fueron cumplidas en atención a que dependían de la entrega de información y ejecución de actividades de Almacén. El estándar tiene un cumplimiento Muy Optimo



GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	72%	El 28% de incumplimiento obedece a procesos relacionados con implementación de guías rápidas y soportes no concordantes con los solicitados en el Plan inicial. El estándar tiene un cumplimiento Aceptable
GERENCIA DE LA INFORMACION	94%	El 6% de incumplimiento restante hace referencia a la falta de aprobación de tablas de retención documental, actividad que no depende del personal de la ESE, sino por el contrario de un ente externo. El estándar tiene un cumplimiento Optimo
CLIENTE ASISTENCIAL	81%	El 19% de incumplimiento obedece a procesos relacionados con socializaciones y creación de programas adicionales, de los cuales no se obtuvieron soportes. Cabe resaltar que Cliente asistencial es el estándar con mayor número de actividades dentro del plan. El estándar tiene un cumplimiento Aceptable
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	58%	El 42% de incumplimiento corresponde a procesos de auditoria no realizados, soportes no concordantes con los solicitados. El estándar tiene un cumplimiento Deficiente
PRESUPUESTO	78%	El 22% de incumplimiento corresponde a procesos relacionados con auditoría al área de presupuesto. El estándar tiene un cumplimiento Aceptable
AUDITORIA DE CUENTAS	100%	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades planteadas en la vigencia y dentro de tiempos de oportunidad acordes. El estándar tiene un cumplimiento Muy Optimo
COSTOS	92%	El 8% de incumplimiento hace referencia a requerimientos no cumplidos que dependían del Proveedor de sistema de información, por dicha razón no obedecen a ejecución propia del proceso. El estándar tiene un cumplimiento Optimo
FACTURACION	67%	El 33% de incumplimiento corresponde a la evaluación de procesos de radicación de cuentas probablemente relacionados con la inoportunidad en la entrega de soportes. El estándar tiene un cumplimiento Deficiente
TESORERIA	83%	El 17% de incumplimiento corresponde a procesos relacionados con listas de chequeo asociadas a los manuales o procesos implementados, probablemente relacionados con la inoportunidad en entrega de los mismos. El estándar tiene un cumplimiento Aceptable
GESTION JURIDICA	65%	El 35% de incumplimiento obedece a procesos relacionados con área jurídica. El estándar tiene un cumplimiento Deficiente



CONTABILIDAD	20%	El 80% de incumplimiento se debió a la falta de entrega de soportes de las actividades. El estándar tiene un cumplimiento Muy Deficiente
TOTAL	79%	ACEPTABLE
<p>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</p> <p>En general las diferentes Dependencias, demostraron una gestión satisfactoria durante la vigencia del 2022, sin embargo, en algunas de ellas se debe fortalecer las acciones para lograr cumplir la meta establecida en los indicadores, entendiendo que un porcentaje de avance por debajo del 80% es un resultado aceptable y disminuye los índices de cumplimiento del Plan de Desarrollo.</p>		
<p>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</p> <p>Divulgar ante los grupos de trabajo de las dependencias los resultados, con el fin de hacer revisión de aquellas actividades que no pudieron cumplir las metas del plan de acción.</p> <p>Se requiere incluir en Plan de Mejora e inclusión en POA de la Vigencia 2023 los incumplimientos evidenciados en la evaluación para tener un enfoque preventivo y lograr el 100% en todas las actividades.</p>		
<p>8. Firmas:</p>  <p>CLAIRE CARVAJAL PINZON Jefe Oficina de Control Interno</p>		