



**INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO
ESE SANTIAGO DE TUNJA**

**Asesor de Control
Interno**

**CLAIRE CARVAJAL
PINZON**

**CORTE A OCTUBRE
/2022**

**Fecha de seguimiento:
DICIEMBRE de 2022**

INTRODUCCION

En cumplimiento a lo dispuesto por la ley 152 de 1994 “orgánica del Plan de Desarrollo” en el que establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración y control de los planes de desarrollo y la planificación, y siguiendo los pasos de formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación la ESE Santiago de Tunja presentó su Plan de Desarrollo 2020/2024 luego de ser aprobado por la Junta Directiva.

El proceso de planeación de las entidades públicas se sustenta en la Ley 152 de 1994, en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública y en la Ley 474 de 2011; por consiguiente, el ejercicio de planificación aquí propuesto se constituye en el mecanismo de articulación entre el Plan de Desarrollo, el Plan de Gestión y el Plan de Acción.

El seguimiento se realizó a la evaluación del cumplimiento del Plan de Desarrollo en mención durante el periodo de 01 de enero a 31 de octubre de 2022, respecto de las metas propuestas. Por lo anterior se analizó la información reportada en el Plan y lo ejecutado en el mismo.

El resultado del informe está basado en la evaluación del Plan de Desarrollo y a la gestión realizada por cada una de los responsables respecto a las metas propuestas en la ESE.

OBJETIVO

Presentar a la Alta Dirección y a los grupos de interés el análisis del avance logrado en la ejecución del Plan de Desarrollo durante el período en estudio y asegurar el cumplimiento de los objetivos establecidos a corto, mediano y largo plazo.

Monitorear permanentemente el % de avance o cumplimiento de las metas propuestas de acuerdo con las fechas establecidas e identificar los ajustes y modificaciones que se requiere para cumplir con lo inicialmente establecido.



ALCANCE Y METODOLOGIA

El seguimiento se aplicó al periodo correspondiente del 01 de enero al 31 de octubre de 2022, para evaluar el nivel de cumplimiento a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo de la ESE Santiago de Tunja.

La Oficina de Planeación presentó los resultados del cumplimiento de las metas establecidas dentro del Plan de Desarrollo.

Las técnicas de auditoría utilizadas en el desarrollo del seguimiento fueron:

- Revisión de documentación e información suministrada.
- Análisis
- Evaluación al cumplimiento de las metas establecidas en el plan de desarrollo.

NORMATIVIDAD

Ley 152 de 1994, Decreto 1876 de 1994 en su artículo 24 estableció que las Empresas sociales del estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo de conformidad con la ley y los reglamentos, Ley 1438/2011, Ley 179 de 1994, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.

Demás normas que regulen el proceso objeto de auditoría

RESULTADO DEL SEGUIMIENTO

El plan de desarrollo 2020/2024 fue presentado a la Junta Directiva de la ESE Santiago de Tunja titulado **Forjando una Institución de Calidad**

Visión

La ESE Santiago de Tunja presta servicios de salud de mediana y baja complejidad a la población tunjana y los municipios de influencia de la red para mejorar las condiciones de vida de los usuarios, familias y comunidad, con enfoque diferencial hacia una atención humanizada, respetuosa y segura.

Misión

Ser la Institución prestadora de servicios de salud de confianza de los Boyacenses.
Objetivos estratégicos.



Objetivos Estratégicos

Teniendo en cuenta el análisis del entorno y articulando el direccionamiento estratégico propuesto se plantean 5 ejes estratégicos para la gestión 2020/2024.

- **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

Dentro del Plan de Desarrollo se encuentran plasmadas 37 metas, los cuales arrojaron al 31 de octubre de 2022 una ejecución del 59%, tal como se refleja en el cuadro presentado por la oficina de Planeación de la ESE, así:

Código	Indicador	Proyecciones (META)		RESULTADOS	
		2022	RESPONSABLE	RESULTADO A LA FECHA	¿CUMPLIDA?
PDI1	Cumplimiento de listas de chequeo SUH	100%	CAROLINE GAVIRIA	51,1	NO
PG1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1.6	CAROLINE GAVIRIA	1,48	NO



PG2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0.9	CAROLINE GAVIRIA	0,67	NO
PG8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS	4	YOLVI RODRIGUEZ	3	CUMPLE
PDI21	Servicios habilitados en modalidad de telemedicina	100%	CAROLINE GAVIRIA	0	NO
PDI3	Estado de implementación del sistema en la organización	85%	BERNARDO LINARES	93%	SI
PDI4	Estado de implementación del sistema de gestión del riesgo en la organización	100%	CRISTIAN ALVAREZ	100%	SE IMPLEMENTARON MATRICES DE ACUERDO A LOS PROCESOS INSTITUCIONALES
PDI6	Relación porcentual de procesos que tienen implementada la gestión por procesos	100%	CRISTIAN ALVAREZ	100%	TODOS LOS PROCESOS LISTADOS EN EL MAPA DE PROCESOS APLICAN LINEAMIENTOS DE CALIDAD EN PROCESOS



PG10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	SI	SUBGERENCIAS	NO	NO CUMPLE
PG11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento al decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	SI	SUBGERENCIAS	SI	SE HAN REPORTADO 3 TRIMESTRES
PG21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0,82	LINDA HERNANDEZ	0,58	NO
PG23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	0,92	LUIS FAJARDO	0,95	CUMPLE
PG24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0.9	TANIA PINZÓN	0,84	NO, se realiza revisión de 294 Hc



PG25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	<0.03	JULIAN FONSECA	0,007	
PG26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	1,6	LUIS FAJARDO	0,9	
PG3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,9	CRISTIAN ALVAREZ	0,58	NO CUMPLE
PDI7	% de satisfacción de usuarios sus familias y la comunidad	98%	MARCELA BAUTISTA	98%	SI
PDI8	% de satisfacción de las partes interesadas	85%	SUBGERENCIAS	SIN DATO	
PDI9	% de implementación MECI	85%	CLAIRE CARVAJAL	70,60%	RESULTADO DE ACUERDO AL INFORME FURAG (2021)
PG13	% de cumplimiento en la aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o	80%	YAIR HERNANDEZ	88,3	CUMPLE



	de morbilidad atendida				
PG14	% pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se les realizó la Apendicetomía dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación	100%	ALEX ROJAS	100%	CUMPLIDA
PG16	% pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo al miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación	90%	YAIR HERNANDEZ	74,1	NO CUMPLE



PG1 7	% cumplimiento en el análisis de mortalidad intrahospitalaria	90%	BETULIA SUAREZ	100%	CUMPLIDA
PG1 9	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	<8 Días	ALEX ROJAS	1 DIA	CUMPLIDA
PDI10	Relación porcentual de ingresos sobre la vigencia anterior	Aumentar 5% sobre la vigencia anterior	YANNETH FONSECA	SIN DATO	NO REPORTÓ DATO
PG4	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	SI	JAVIER URIBE	NO	
PG5	Evolución del Gasto Por unidad de Valor Relativo producida	0,9	JAVIER URIBE	0,84	CUMPLIDA
PG6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:	0	VERONICA GUTIERREZ	0,08	CUMPLE
	1.Compras conjuntas				



	2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado				
	3. Compras a través de mecanismos electrónicos.				
PG9	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	0,8	JAVIER URIBE	0,68	CUMPLIDA
PDI11	% de implementación SCIC	100%	CLAIRE CARVAJAL	100%	CUMPLIDA (IMPLEMENTACION RESOLUCIÓN N° 052 - PROCEDIMIENTOS TRANSVERSALES DEL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA, PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION DEL CONTROL INTERNO CONTABLE).
PDI13	Porcentaje de implementación del PETH	95%	MONICA TORRES	90%	NO CUMPLE
PDI14	Convenios establecidos que cumplen con los criterios	100%	LUIS FAJARDO	SIN DATO	NO CUMPLE



PG7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	VERONICA GUTIERREZ	0	CUMPLE
PDI16	Porcentaje de Tecnología biomédica y TIC que cumple con los criterios de modernidad e interconectividad	70%	RICARDO MATEUS	75%	Respecto al componente de interconectividad de tic que cumple con los criterios de transferencia de información , a la fecha de corte el laboratorio clínico e imágenes diagnosticas son los dos componentes que permiten la transferencia de información entre sistemas , por una parte el laboratorio clínico se encuentra interconectado son el sistema de información de la entidad dinámica gerencial ; por otra lado imágenes diagnosticas se encuentra en proceso de implantación lo que para la fecha nos daría un avance real de 60% respecto a esta vigencia.



PDI18	Respuesta a las necesidades de información de todos los procesos	100%	RICARDO MATEUS	100%	según las solicitudes realizadas por el cliente interno, y seguimiento del indicador respuesta a solicitudes cliente interno, el 100% de las solicitudes han sido resueltas y entregadas según los requerimientos.
PDI19	Porcentaje de cumplimiento de las necesidades de infraestructura Administrativas de la Institución	100%	CRISTIAN RAMIREZ	100%	
PDI20	Porcentaje de cumplimiento de las necesidades de infraestructura asistenciales de la Institución	85%	CRISTIAN RAMIREZ	90%	



RESUMEN DE CUMPLIMIENTO POR CADA EJE ESTRATEGICO

Servicios de salud de alta calidad. De 24 metas fijadas se cumplieron 13 alcanzando un 54% de cumplimiento.

Solidez Financiera. De 6 metas fijadas se cumplieron 4. Alcanzando un 66% de cumplimiento.

Desarrollo del Talento Humano y la cultura organizacional. De 3 metas fijadas se cumplió 1 alcanzando un 33% de cumplimiento.

Modernización tecnológica. De las 2 metas fijadas se cumplieron 2. 100% de cumplimiento.

Desarrollo del ambiente físico. De las 2 metas fijadas se cumplieron 2. 100% de cumplimiento.

% DE CUMPLIMIENTO 59.5%



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Plan de Desarrollo Institucional PDI de la ESE Santiago de Tunja, presentó al corte octubre un avance del 59.5%, toda vez que, de las 37 Metas programadas, solo 22 se cumplieron.

Por lo anterior la Oficina de Control Interno como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión del proceso auditado es insatisfactoria, desde la perspectiva del sistema de control interno.

Es necesario fortalecer y dinamizar la gestión requerida en todas y cada una de las dependencias responsables de las metas establecidas en el PDI para que se adopte una postura proactiva frente al desarrollo de sus compromisos.

Tomar acciones con los indicadores del PDI, para que los responsables ejecuten las metas que presentan retraso y avancen al 100% al finalizar la vigencia.

Como recomienda la Oficina de Planeación, se debe notificar en comité de gerencia a responsables de los incumplimientos.

CLAIRE CARVAJAL PINZON
ASESORA DE CONTROL INTERNO
ESE SANTIAGO DE TUNJA



Empresa Social del Estado
Santiago de Tunja

www.esesantiagodetunja.gov.co

NIT. 820.003.850-2

Calle 16 #9 - 41

7458613 - 7448050