



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite:2020110001028-1



05GIS15 - V4 Página 1 de 2

Bogotá, 7 de febrero de 2020

Doctor
JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente
NUBIA GUERRERO P.
Directora Atención al Usuario
NELSON ARISTIZABAL A.
Director Científico
RICAURTE OSORIO O.
Director Administrativo
MARLESBY SOTELO P.
Subdirectora Operativa Funciones Financiera
NEIDY TINJACA R.
Jefe Of. Asesora Jurídica
VIVIAN CASTAÑEDA S.
Jefe Of. Asesora Planeación
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Referencia: Informe de Evaluación Gestión por Dependencias vigencia 2019.

Cordial saludo.

De acuerdo a los componentes e instrumentos del sistema tipo de evaluación del desempeño laboral establecidos en la Ley N°.909 de 2004, Art. 39 inciso 2 y en el acuerdo N°.565 de 2016 de la comisión nacional de servicio civil CNSC, me permito adjuntar el Informe de Gestión por áreas o dependencias generado por la oficina de Control Interno vigencia 2019.

Es importante señalar que desde el 11 de diciembre de 2019, con radicado #2019110015403-1, y vía correo electrónico se solicitó a las direcciones y oficinas asesoras la información de las medidas adoptadas para atender las oportunidades de mejora de la evaluación por dependencia de la vigencia 2018.



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



En atención a lo anterior se allega formato F5 con la Evaluación de Áreas o Dependencias en la que se califica de 1 a 10; la fuente de calificación cuantitativa es la evaluación del PAS 2019 por ser este el instrumento de gestión que articula el plan Indicativo, plan de desarrollo, plan de gestión y demás instrumentos de planeación que buscan el cumplimiento de los objetivos institucionales, de la misión y de la visión. En atención a lo anterior se presenta el informe basado en los resultados del Plan de Acción en Salud PAS, conforme lo establece el Decreto 1083 de 2015 (Art. 2.2.8.1.3).

La calificación cuantitativa tiene un peso porcentual del 10% en la calificación de los compromisos laborales y comportamentales del personal de carrera.

La evaluación cualitativa se encuentra en la columna de observaciones del formato F5 y contiene recomendaciones que deben ser tenidas en cuenta para la fijación de compromisos laborales y comportamentales de la vigencia 2020.

Las recomendaciones del presente informe deberán ser atendidas en el PUMP de cada proceso.

Nota: Adjunto 28 folios.

Atentamente,



YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina de Control Interno



COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL		CÓDIGO: F-ED-006		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>					
						FECHA EMISIÓN		2016/12/27	
FORMATO 5. EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS		PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL		DÍA		MES		AÑO	
		Página		1 de 1		31		1	
Versión		2.0		al					
PERÍODO DE VIGENCIA		DÍA		MES		AÑO			
		1		2		2019			

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias																	
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019													
				RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS CAUSAS CONTROLES												
1.	GERENCIA	9.25	<p>El Plan de Acción en salud - PAS 2019 contiene noventa y tres (93) metas de producto anual, cumplidas en su ejecución y desarrollo el cumplimiento fue del 92.43%, cumplidas ochenta y cinco (85) y ciento setenta (170) actividades programadas para un cumplimiento y ejecución del 91%. (El cumplimiento de las metas del PAS 2019 es del 80.43% y el cumplimiento de las metas de los doce planes del Decreto 612 de 2018 el 12%).</p> <p>El proceso de Direcciónamiento Estratégico elaboro su matriz de riesgos por proceso y la matriz de riesgos institucionales 2019 contienen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGOS POR PROCESO</th> <th>RIESGOS CAUSAS</th> <th>CONTROLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública en informe de Auditoría elaborada por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de</p>	PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS CAUSAS	CONTROLES	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6	2	4				7		
PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS CAUSAS	CONTROLES														
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6	2	4														
			7														

1

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																																											
			<p>67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que el diseño de los controles y su ejecución es DEBIL.</p> <p>El mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2019 no contiene riesgos de corrupción del proceso de Direcciónamiento estratégico.</p> <p>En la ejecución de las acciones de mejora del Plan Único de mejora por proceso - PUMP 2019, de Direcciónamiento Estratégico se registran los siguientes indicadores:</p> <table border="1" data-bbox="397 709 548 856"> <thead> <tr> <th>% AVANCE</th> <th>% CUMPLIMIENTO</th> <th>%CIERRE DE CICLOS</th> <th>PROCESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</td> </tr> </tbody> </table> <p>El Plan de Acción en salud - PAS 2019 tiene quince (13) metas de producto anual, en su ejecución y desarrollo su cumplimiento fue del 100% de las metas de producto programadas.</p> <p>En la ejecución de las acciones de mejora de los Planes únicos de mejora por procesos PUMP de la vigencia 2019, a cargo de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad se registró los siguientes indicadores:</p> <table border="1" data-bbox="548 709 662 856"> <thead> <tr> <th>%AVANCE</th> <th>% CUMPLIMIENTO</th> <th>%CIERRE DE CICLOS</th> <th>PROCESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>DESARROLLO DE SERVICIOS</td> </tr> <tr> <td>99%</td> <td>97%</td> <td>97%</td> <td>GESTION DE LA CALIDAD</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>99%</td> <td>99%</td> <td>PROMEDIO</td> </tr> </tbody> </table> <p>En los Planes únicos de mejora por proceso PUMP a cargo de la oficina Asesora de Planeación y garantía de a calidad se registró un porcentaje promedio de cierre de ciclos de los procesos del 99%.</p> <p>Un cumplimiento promedio de las acciones de mejora por proceso del 99% y un avance promedio de los procesos del 100%.</p> <p>Riesgos institucionales</p> <table border="1" data-bbox="662 709 722 856"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PROCESO</th> <th colspan="3">RIESGOS INSTITUCIONALES 2019</th> </tr> <tr> <th>RIESGOS POR PROCESO</th> <th>RIESGOS</th> <th>CAUSAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DESARROLLO DE SERVICIOS</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GESTION DE LA CALIDAD</td> <td>16</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	% AVANCE	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO	100%	100%	100%	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	%AVANCE	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO	100%	100%	100%	DESARROLLO DE SERVICIOS	99%	97%	97%	GESTION DE LA CALIDAD	100%	99%	99%	PROMEDIO	PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019			RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS	CAUSAS	DESARROLLO DE SERVICIOS	2			GESTION DE LA CALIDAD	16	1	3				2
% AVANCE	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO																																											
100%	100%	100%	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO																																											
%AVANCE	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO																																											
100%	100%	100%	DESARROLLO DE SERVICIOS																																											
99%	97%	97%	GESTION DE LA CALIDAD																																											
100%	99%	99%	PROMEDIO																																											
PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019																																													
	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS	CAUSAS																																											
DESARROLLO DE SERVICIOS	2																																													
GESTION DE LA CALIDAD	16	1	3																																											
			2																																											
2.	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	10.00																																												

2



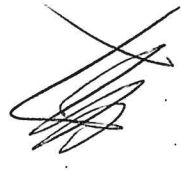
Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES				
			TOTAL	18	1	3	2
			<p>Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales elaborada por la oficina Asesora de Control Interno, dirigida a una población de 282 personas¹ (directores, subdirectores, Líderes de proyecto y líderes de proceso), y respuesta de la 79.43% de la población; a la pregunta si se materializo el riesgo de los procesos, se evidencia que en los procesos de oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad se materializo un riesgo de la matriz de riesgos institucionales 2019, el de 'Inoportunidad en el seguimientos a las acciones de mejora'.</p> <p>En la misma Auditoria, con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública, la evaluación conforme los criterios para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de 67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que el diseño y su ejecución es DEBIL.</p> <p>Los procesos de esta oficina Asesora no contienen en el mapa de riesgos de corrupción 2019, riesgos de corrupción del proceso.</p> <p>Seguimiento a las recomendaciones:</p> <p>A. Realizar la medición de los objetivos institucionales a los que le apunta directamente. Esta Oficina Asesora siguió los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca en acorde con el Decreto 612 de 2018 haciendo integración de los 12 Planes Estratégicos. Respecto a los Planes Estratégicos, cada uno tiene una normatividad específica aplicable con metodologías diferentes, pues sus Objetivos son diferentes, por tanto, se consideró que unificar la metodología de elaboración hacia su cumplimiento más complejo, entre otras cosas porque el mismo Decreto 612 de 2018 indica la integración mas no habla de unificación metodológica. A manera de ejemplo, el Pla Anticorrupción y de Atención al Ciudadano tiene sus propios lineamientos de construcción, muy diferente a la elaboración del Plan Anual de Compras y ambos hacen parte de los Planes Estratégicos del Decreto 612 de 2018.</p> <p>No obstante, desde esta Oficina Asesora de Planeación de manera individualizada orientó la elaboración de los Planes Estratégicos y se sugirió el uso del Formato Cronograma de Programas código 05GC49-V1 para registrar allí las Actividades específicas a desarrollar en la ejecución del Plan.</p> <p>B. La Oficina de Planeación tiene 17 funciones en el Manual de Funciones. La Oficina de Control Interno considera que las siguientes funciones no se están realizando las siguientes funciones: 5, 6, 7 y 12. Del cumplimiento efectivo de esas funciones se desprenden acciones que apuntan al cumplimiento de los objetivos institucionales.</p> <p>Función 5. Asesorar a las demás dependencias en la elaboración del anteproyecto de presupuesto de inversión y</p>				

¹ La ficha técnica de la encuesta de riesgos vigencia 2019 establece a quienes va dirigida por cada uno de los riesgos de los procesos...

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

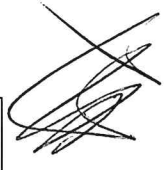
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES
			<p>Función 6. Asesorar a la Dirección Financiera de la ESE y demás dependencias, en la elaboración del anteproyecto de presupuesto de funcionamiento, del Programa Anual de Compras, del Programa Anual de Caja y de las solicitudes de adiciones y traslados presupuestales que la entidad requiera. <i>'La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad realiza la Asesoría a la Dirección Financiera, pues dispone de una profesional Especializada (Líder de Proyecto) asignada a este Proceso quien además actúa bajo los lineamientos emitidos por la Jefe de Oficina; así mismo, en la proyección de los Planes Estratégicos, se brinda asesoría no solo a la Gerencia sino también a las Direcciones Administrativa y Financiera en la elaboración de las Metas, Estrategias e Indicadores en el Plan de Acción Integrado y durante las sustentaciones del mismo ante la Junta Directiva, sustenta dichas acciones, por tanto, se da cumplimiento a las Funciones.'</i></p> <p>Función 7. Consolidar y presentar ante la Gerencia de la Empresa Social del Estado y Grupo Directivo la información sobre resultados de la gestión interna de todo el ciclo de planeación empresarial para la toma de decisiones y la formulación e implementación de políticas y estrategias: <i>'esta actividad se desarrolla con la presentación del Informe de Gestión del Proceso como la consolidación del mismo a nivel institucional, entre otras actividades'</i>.</p> <p>Función 12. Coordinar y evaluar periódicamente el Sistema de Costos de la entidad, presentar a la Gerencia resultados con el fin de generar herramientas que impacten la gestión y el desarrollo institucional, dicha actividad se ha desarrollado a través de la orientación para la implementación del sistema de costos en conjunto con la Dirección Financiera. <i>'Respecto al seguimiento al Sistema de Costos que reitero se encuentra a cargo de la Dirección Financiera, en el Plan de Acción Integrado para la vigencia 2019 definieron la implementación de 60 centros de Costos soportando su cumplimiento y para esta vigencia 2020 se proyectó: Incorporación de la información de actividades tiempos y movimientos de las 30 unidades de negocio más representativas en el módulo de costos. Este seguimiento y evaluación lo ha hecho esta Oficina Asesora de Planeación cumplimiento a su función.'</i></p> <p>C. Se debe informar y publicar en el TUCI el resultado de los indicadores de la caracterización del proceso. Bajo la orientación de la Subdirección de sistemas y como supervisor del contrato para de adquisición del software ALMERA se realiza la transición e implementación de software que incluye un módulo específico para el control de indicadores.</p> <p>D. Contratar firma para parametrización de indicadores compuestos – saneamiento de indicadores etc. La oficina de Estadística en cabeza del líder de proyecto es quien orienta y brinda el apoyo metodológico para la parametrización, el diseño de fichas técnicas de indicadores y Se cuenta con Procedimiento Control de Indicadores código 02GC11- V2, donde se indican los Responsables de las Actividades allí definidas, dentro de las cuales se encuentra la actividad de Revisión y aprobación de los Indicadores definidos, en donde no solo esta Oficina los debe revisar y aprobar sino también se encuentra a cargo de las diferentes Direcciones hacer lo propio en cuenta a su responsabilidad y</p> <p>Informar y monitorear las estrategias planeadas para desarrollar las políticas de la Entidad. <i>'Las Políticas Institucionales se desarrollan a través de Programas, tal como se encuentra establecido en el Sistema de</i></p>



2020

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																																																
			<p>Gestión de la Calidad, en tal sentido, los Programas Institucionales cuentan con una metodología de desarrollo a través de Líneas Estratégicas y cada una de ellas se ejecuta a través de Actividades, lo anterior, se ve reflejado en cada uno de los Cronogramas de los Programas institucionales los cuales se elaboran para cada vigencia y en ese sentido, se realizan los respectivos seguimientos'.</p> <p>El Plan de Acción en salud - PAS 2019 contiene nueve (9) metas de producto con un cumplimiento de las metas de producto del 87%, siete (7) metas cumplidas y dieciséis (16) actividades programadas para el cumplimiento de las metas de productos, el cumplimiento de las actividades registro el 98% de ejecución.</p> <p>Al cierre de la PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO - PUMP vigencia 2018, a cargo de la Dirección Científica se registran los siguientes indicadores por cada uno de los procesos</p>																																																
3.	DIRECCIÓN CIENTÍFICA	8.7	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">%AVANCE</th> <th style="width: 15%;">% CUMPLIMIENTO</th> <th style="width: 15%;">%CIERRE DE CICLOS</th> <th style="width: 55%;">PROCESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ATENCIÓN EXTRAMURAL AL PACIENTE Y FLIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">87%</td> <td style="text-align: center;">78%</td> <td style="text-align: center;">70%</td> <td>ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">75%</td> <td style="text-align: center;">63%</td> <td style="text-align: center;">50%</td> <td>ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">72%</td> <td style="text-align: center;">60%</td> <td style="text-align: center;">52%</td> <td>APOYO DIAGNOSTICO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">96%</td> <td style="text-align: center;">89%</td> <td style="text-align: center;">67%</td> <td>BANCO DE SANGRE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td>IMÁGENES DIAGNOSTICAS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">75%</td> <td style="text-align: center;">69%</td> <td style="text-align: center;">69%</td> <td>ATENCIÓN FARMACEUTICA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td>INVESTIGACION</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">94%</td> <td style="text-align: center;">94%</td> <td style="text-align: center;">91%</td> <td>DOCENCIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">67%</td> <td>ESTERILIZACION</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">89%</td> <td style="text-align: center;">84%</td> <td style="text-align: center;">74%</td> <td>PROMEDIO</td> </tr> </tbody> </table> <p>De los Planes únicos de mejora por proceso - PUMP de la vigencia 2019, se registra un porcentaje promedio de cierre de ciclos de los procesos del 74%, un cumplimiento promedio de las acciones de mejora por proceso del 84%. Y un avance promedio de los procesos del 89%, se excluye Atención extramural al paciente y su familia, a cargo de la DIRECCION CIENTIFICA.</p>	%AVANCE	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO				ATENCIÓN EXTRAMURAL AL PACIENTE Y FLIA	87%	78%	70%	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	75%	63%	50%	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO	72%	60%	52%	APOYO DIAGNOSTICO	96%	89%	67%	BANCO DE SANGRE	100%	100%	100%	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	75%	69%	69%	ATENCIÓN FARMACEUTICA	100%	100%	100%	INVESTIGACION	94%	94%	91%	DOCENCIA	100%	100%	67%	ESTERILIZACION	89%	84%	74%	PROMEDIO
%AVANCE	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO																																																
			ATENCIÓN EXTRAMURAL AL PACIENTE Y FLIA																																																
87%	78%	70%	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO																																																
75%	63%	50%	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO																																																
72%	60%	52%	APOYO DIAGNOSTICO																																																
96%	89%	67%	BANCO DE SANGRE																																																
100%	100%	100%	IMÁGENES DIAGNOSTICAS																																																
75%	69%	69%	ATENCIÓN FARMACEUTICA																																																
100%	100%	100%	INVESTIGACION																																																
94%	94%	91%	DOCENCIA																																																
100%	100%	67%	ESTERILIZACION																																																
89%	84%	74%	PROMEDIO																																																



Nº 2019

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES					
			PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES	OBSERVACIÓN
			Riesgos Institucionales En la matriz de riesgos institucionales 2019 se encuentran los siguientes riesgos de la Dirección Científica:					
			PROCESOS TRANSVERSALES		7	90	22	
			TERAPIAS		6	20	6	No es un proceso Institucional
			ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	6	3	13	8	
			ATENCIÓN HOSPITALIZADO AL PACIENTE	9				
			APOYO DIAGNÓSTICO	7	4	18	19	
			ATENCIÓN FARMACÉUTICA	10	3	3	11	
			BANCO DE SANGRE	61				
			IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	4	2	35	6	
			REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	3	2	14	2	
			INVESTIGACIÓN					
			DOCENCIA	5	2	5	3	
			ESTERILIZACIÓN	2	2	15	8	
			EXTRAMURAL					
			TOTAL	107	31	213	85	

Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales elaborada por la oficina Asesora de Control Interno, dirigida a una población de 282 personas² (directores, subdirectores, líderes de proyecto y líderes de proceso), y respuesta de la 79.43% de la población; a la pregunta si se materializó el riesgo de los procesos, se evidencia que en los procesos de la Dirección Científica se materializaron veintiún (21) riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2019, procesos y riesgos que se detallan a continuación:

² La ficha técnica de la encuesta de riesgos vigencia 2019 establece a quienes va dirigida por cada uno de los riesgos de los procesos...

CPK

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES
			<p style="text-align: center;">RIESGO MATERIALIZADOS 2019</p> <p>Caidas de Pacientes en la Atención de Salud</p> <p>Infecciones asociadas al cuidado de la salud</p> <p>Identificación inadecuada de pacientes</p> <p>Lesiones de piel y/o úlceras por presión durante la estancia hospitalaria</p> <p>Utilización Inadecuada de medicamento</p> <p>Morbimortalidad Materna de Alto Riesgo</p> <p>Morbimortalidad del Recién Nacido Prematuro</p> <p>Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas</p> <p>Posibilidad de extravasación de medio de contraste</p> <p>Inoportunidad en la programación quirúrgica</p> <p>Infecciones del sitio operatorio</p> <p>Posibilidad de Lesiones Pulmonares Asociadas a la Ventilación Mecánica S</p> <p>Posibilidad que se desplace la vía aérea artificial del paciente</p> <p>Posibilidad que el paciente sufra lesiones en la piel facial asociada a adhesivos</p> <p>Posibilidad que reportes críticos no sean informados oportunamente</p> <p>Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos</p> <p>Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos</p> <p>Supervisión inadecuada o insuficiente de personal en formación.</p> <p>Posibilidad de toma de muestra incorrecta</p> <p>Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto</p> <p>Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte</p>
			<p>PROCESO</p> <p>procesos Misionales - Riesgos transversales</p> <p>Imágenes diagnósticas</p> <p>Atención al paciente quirúrgico</p> <p>TERAPIAS</p> <p>Atención Farmacéutica</p> <p>Atención Farmacéutica</p> <p>Docencia</p> <p>Apoyo Diagnóstico</p>
			<p>Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública en informe de Auditoría elaborada por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de 67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que el diseño y su ejecución es DEBIL.</p> <p>El mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2019 contiene seis riesgos de corrupción con sistema de riesgo</p>

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES				
			PROCESO	RIESGO	EVALUACION DEL RIESGO/ ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO	OBSERVACION
			<p>estratégico, tipología de riesgo de corrupción, en el mismo número de procesos, como resultado después de aplicado los controles se encuentran cinco en zona de riesgo baja y uno en zona moderada.</p>				
			AL PACIENTE QUIRURGICO	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización	ALTO	BAJA	
			ESTERILIZACION	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización	EXTREMA	MODERADA	Contenido en la Matriz de Riesgos Institucionales de 2019
			APOYO DIAGNOSTICO	Posibilidad de pérdida o hurto de reactivos y equipos	MODERADA	BAJA	
			IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Posibilidad de uso inapropiado de las instalaciones para beneficio personal o de terceros.	MODERADA	BAJA	
			REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización en la ambulancia.	MODERADA	BAJA	
			ATENCION FARMACEUTICA	Detrimiento patrimonial relacionado con productos farmacéuticos	EXTREMA	BAJA	

1000

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																																																																											
			<p>Seguimiento a las Recomendaciones</p> <p>1. Fortalecer la actividades que contribuyen a cumplir la meta de producto:</p> <p>A. Ejecutar el programa de Gestión integral del riesgo: para el 2019 se actualizaron las matrices de riesgos en el formato institucional Matriz de riesgos 2019 código 05GC31-V4 las cuales tan publicadas en la pirámide documental de cada uno de los procesos.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PROCESO</th> <th rowspan="2">RIESGOS IDENTIFICADOS</th> <th rowspan="2">CONTROLES</th> <th colspan="3">ZONA RIESGO</th> </tr> <tr> <th>BAJO</th> <th>MODERADA</th> <th>EXTREMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atención al paciente ambulatorio</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Atención al paciente de urgencias</td> <td>5</td> <td>9</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Atención al paciente hospitalizado</td> <td>13</td> <td>51</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Atención al paciente quirúrgico</td> <td>14</td> <td>36</td> <td>1</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Apoyo Diagnostico</td> <td>7</td> <td>27</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Banco de sangre</td> <td>61</td> <td>61</td> <td>22</td> <td>25</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Imágenes diagnosticas</td> <td>4</td> <td>10</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Atención Farmacéutica</td> <td>10</td> <td>38</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Docencia</td> <td>5</td> <td>7</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Investigación</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Esterilización</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>B. mantener certificado de buenas prácticas de manufactura de gases medicinales El Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con certificación en Buenas Prácticas de Manufactura BPM para la producción de aire medicinal en sitio por compresor otorgada por el INVIMA el 19 de Febrero de 2018 mediante la resolución 2018007149. En el artículo primero de esta resolución se establece la vigencia de la certificación que corresponde a 3 (tres) años, para lo cual, el área de gases medicinales en cabeza del servicio farmacéutico se ha comprometido en mantener las BPM y las condiciones evaluadas y certificadas. (Se anexa certificado del INVIMA)</p> <p>C. cumplimiento del desarrollo del modelo de docencia e investigación se viene realizando de acuerdo al Plan Estratégico teniendo como ejecución cuatro fases que duraron 5 años,</p>	PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	CONTROLES	ZONA RIESGO			BAJO	MODERADA	EXTREMO	Atención al paciente ambulatorio	4	8	0	3	1	Atención al paciente de urgencias	5	9	0	5	0	Atención al paciente hospitalizado	13	51	0	4	8	Atención al paciente quirúrgico	14	36	1	6	7	Apoyo Diagnostico	7	27	3	0	4	Banco de sangre	61	61	22	25	14	Imágenes diagnosticas	4	10	0	1	3	Atención Farmacéutica	10	38	4	3	3	Docencia	5	7	2	1	2	Investigación	3	3	0	1	1	Esterilización	2	8	0	1	1
PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	CONTROLES	ZONA RIESGO																																																																											
			BAJO	MODERADA	EXTREMO																																																																									
Atención al paciente ambulatorio	4	8	0	3	1																																																																									
Atención al paciente de urgencias	5	9	0	5	0																																																																									
Atención al paciente hospitalizado	13	51	0	4	8																																																																									
Atención al paciente quirúrgico	14	36	1	6	7																																																																									
Apoyo Diagnostico	7	27	3	0	4																																																																									
Banco de sangre	61	61	22	25	14																																																																									
Imágenes diagnosticas	4	10	0	1	3																																																																									
Atención Farmacéutica	10	38	4	3	3																																																																									
Docencia	5	7	2	1	2																																																																									
Investigación	3	3	0	1	1																																																																									
Esterilización	2	8	0	1	1																																																																									



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES
			<p>durante la primera fase se hizo todo el tema de socialización, todo el tema de despliegue del modelo y se reorganizo las actividades desde la caracterización de Investigación y de Docencia, que dio como resultado las siguiente fases, que tienen como producto finales, el reconocimiento de más de nueve grupos de investigación de Colciencias, tener un reconocimiento con las universidades frente a la ejecución y la planeación de la Relación Docencia Servicio Samaritana, destacándola por encima de otras instituciones hospitalarias, reorganizando actividades que permitieran que los estudiantes se sintieran comprometidos con la institución, reorganizando los procesos para que los estudiantes entendieran desde la inducción a donde llegaban que tenían que hacer y entendieran que tenía una institución que tuviera un proceso de calidad y por lo tanto verían la adherencia del mismo, se reorganizo la capacidad instalada, lo que también mejoro el desarrollo de los procesos docentes asistenciales se le dio reconocimiento a los docentes, logramos que los docentes fueran entrenados en docencia, con más de 50 docentes en formación de manera que no lo diera la universidad, no solo en docencia sino en otro tipo de cosas en maestrías y cosas que impacte realmente al proceso asistencial y administrativo de la institución.</p> <p>D. Elaborar e implementar proyecto para la implementación de centros de excelencia Se está trabajando con el servicio de Neurocirugía en Trauma Raquimedular para ser un centro de excelencia el cual se está desarrolló por medio de un cronograma que esta formulado por fases y tenía para el 2019 un total de 87 actividades. Se realizó auditoria interna para verificar los estándares de habilitación y se subsanaron los hallazgos evidenciados. Se realizó el análisis de los indicadores los cuales ya están registrados y publicados en el sistema de información. Se diseñaron las capacitaciones con sus respectivas evaluaciones pre y post y se aplicaron al personal de enfermería. Se construyó y se implementó el protocolo Neurocirugia para Trauma Raquimedular. Se realizó la adopción de las guías de práctica clínica requeridas las cuales ya están publicadas en el sistema de información.</p> <p>E. implementación de la auditoria concurrente para fortalecer la gestión clínica El equipo de auditoria continúa realizando auditoria concurrente a los diferentes servicios de hospitalización, urgencias salas de cirugía. Teniendo especial énfasis a las estancias prolongadas realizando identificación de demoras intra, extra e institucionales las cuales son gestionadas con las diferentes áreas y con las EPS según sea el caso. Durante el mes de noviembre se implementó la auditoria concurrente en el servicio de Consulta externa la cual está en proceso. También se está realizando verificación a la interpretación de paraclínicos, con el fin de mejorar la calidad de los servicios.</p> <p>F. dar cumplimiento al convenio de la ruta de atención materna Respecto a esta actividad el servicio de Ginecología la trabajo desde el 2016 pero por falta de viabilidad porque se requería un presupuesto muy grande para poderlo cumplir definen con la junta directiva no continuarlo e iniciar un "Programa educativo para contribuir con la disminución con la mortalidad materna en Cundinamarca": Durante el 2019 se realizó la construcción del programa de educación de ginecobstetricia el cual está conformado por 16 cursos. Se efectuó la planeación para la implementación la cual se desarrolló de acuerdo al</p>

Corte

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES
			<p>cronograma establecido para realizar la prueba piloto del programa educativo, el cual se llevó a cabo con un grupo de internos que rotaron en ese período de tiempo por el HUS. Se realizó la evaluar de cada uno de los cursos, se consolidó la información y en diciembre se realiza la socialización de resultados obtenidos a la gerencia y a la dirección científica.</p> <p>2. Realizar la medición de los objetivos institucionales a los que le apunta directamente. Se alinearon los 30 indicadores más relevantes de los procesos que pertenecer a la Dirección científica con los objetivos estratégicos para tener control de los mismos que están publicados en ALMERA. De los cuales 14 indicadores apuntan al objetivo estratégico número 1 "Fortalecer la prestación de servicios de salud dentro de las competencias asignadas en el modelo de Red Departamental" y los otros 16 indicadores apuntan el objetivo estratégico número 3 "Fortalecer el sistema integrado de gestión de la calidad que permita conformar Centro de Excelencia".</p> <p>3. La dirección Científica tiene 12 funciones en el manual de funciones. La oficina de Control Interno considera que las siguientes funciones no se están realizando las siguientes funciones: Planeación de la adquisición de nuevas tecnologías para lo cual el Director científico participa en el comité de farmacia donde realizan los análisis y toman decisión de la compra de nuevos dispositivos para uso con los pacientes. Se anexan actas.</p> <p>4. dirigir el sistema de auditoría médica. Ver el literal 1 E. Se debe informar y publicar en el TUCI el resultado de los indicadores de la caracterización de los procesos a su cargo.</p> <p>5. La institución se encuentra en proceso de implementación de un sistema de información llamado ALMERA, está en proceso de capacitaciones, actualmente la información se está cargando al sistema.</p> <p>6. Trabajar en la capacitación en el puesto de trabajo realizando actividades de apropiación de los procesos aplicables a cada área o servicio Se adjunta el acta de que soportan capacitación en puesto de trabajo de 2 funcionarios que ingresaron durante el 2019 donde se realiza la socialización de la plataforma estratégica, la normatividad que aplica al área o servicio, al igual que las diferentes funciones a desarrollar en el puesto de trabajo</p> <p>7. fortalecer la actividad de calificación de acuerdos de gestión, con el fin de que la calificación se produzca los primeros 5 días del mes de enero, de igual manera emitir la calificación de los acuerdos de gestión suscritos con los subdirectores a su cargo. se cuenta con los seguimientos a los acuerdos de gestión del primer semestre del 2019 sin embargo para el seguimiento del segundo semestre de 2019 es decir la gestión del año es necesario contar con el 10% del total de la calificación que corresponde a la calificación del PAS de la Dirección Científica, por lo tanto nos encontramos realizando las evaluaciones de los acuerdos una vez se tenga este dato será informado a control interno.</p>

DOR

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																																																													
4.	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	9.9	<p>La Dirección de Atención al usuario registra dentro del Plan Anual en salud - PAS 2019 nueve (9) metas de producto, cumplidas siete (7), con un cumplimiento del 99%, para el cumplimiento de las metas de producto se ejecutaron diecisiete (17) actividades con un cumplimiento del 88%</p> <p>Al cierre de los Planes únicos por Proceso - PUMP de la vigencia 2018 a cargo de la Dirección de Atención Usuario, se registran los siguientes indicadores:</p> <table border="1" data-bbox="527 682 755 1060"> <thead> <tr> <th>AVANCE</th> <th>% CUMPLIMIENTO</th> <th>%CIERRE DE CICLOS</th> <th>PROCESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87%</td> <td>78%</td> <td>70%</td> <td>ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS</td> </tr> <tr> <td>81%</td> <td>81%</td> <td>81%</td> <td>ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</td> </tr> <tr> <td>93%</td> <td>91%</td> <td>91%</td> <td>HOTELERÍA HOSPITALARIA</td> </tr> <tr> <td>92%</td> <td>90%</td> <td>88%</td> <td>PROMEDIO</td> </tr> </tbody> </table> <p>En los Planes únicos de mejora por proceso PUMP vigencia 2019 (cinco) a cargo de la Dirección de Atención al Usuario se registra un porcentaje promedio de cierre de ciclos de los procesos del 88%. Un cumplimiento promedio de las acciones de mejora por proceso del 90%. Y un avance en promedio de los procesos del 92%.</p> <p>Riesgos Institucionales 2019 En la matriz de riesgos institucionales 2019 se encuentran los siguientes riesgos de la Dirección de Atención al usuario:</p> <table border="1" data-bbox="755 682 1015 1774"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PROCESO</th> <th rowspan="2">RIESGOS POR PROCESO</th> <th colspan="3">RIESGOS INSTITUCIONALES 2019</th> </tr> <tr> <th>RIESGOS</th> <th>CAUSAS</th> <th>CONTROLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>16</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>37</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>HOTELERÍA HOSPITALARIA</td> <td>9</td> <td>2</td> <td>12</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>TOTAL RIESGOS</td> <td>26</td> <td>9</td> <td>69</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>	AVANCE	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO	87%	78%	70%	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	100%	100%	100%	ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	81%	81%	81%	ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	100%	100%	100%	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	93%	91%	91%	HOTELERÍA HOSPITALARIA	92%	90%	88%	PROMEDIO	PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019			RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES	ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	8	1	4	1	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	4	1	16	2	ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	5	5	37	10	HOTELERÍA HOSPITALARIA	9	2	12	7	TOTAL RIESGOS	26	9	69	20
AVANCE	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO																																																													
87%	78%	70%	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO																																																													
100%	100%	100%	ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS																																																													
81%	81%	81%	ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA																																																													
100%	100%	100%	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																																																													
93%	91%	91%	HOTELERÍA HOSPITALARIA																																																													
92%	90%	88%	PROMEDIO																																																													
PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019																																																														
		RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES																																																												
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	8	1	4	1																																																												
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	4	1	16	2																																																												
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	5	5	37	10																																																												
HOTELERÍA HOSPITALARIA	9	2	12	7																																																												
TOTAL RIESGOS	26	9	69	20																																																												

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES														
			<p>Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales elaborada por la oficina Asesora de Control Interno, dirigirla a una población de directores, subdirectores, líderes de proyecto y líderes de proceso; a la pregunta si se materializo el riesgo de los procesos, se evidencia que en los procesos de Atención al paciente ambulatorio y Hotelería Hospitalaria se materializaron tres (3) riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2019, procesos y riesgos que se detallan a continuación:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">PROCESO</th> <th style="width: 70%;">RIESGOS MATERIALIZADOS 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atención al paciente ambulatorio</td> <td>Posible aumento de la Inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa</td> </tr> <tr> <td>Hotelería Hospitalaria</td> <td>Fuga o pérdida de usuarios de la institución Inadecuado manejo de residuos hospitalarios</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública en informe de Auditoría elaborada por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de 67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que el diseño y su ejecución es DEBIL. El mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2019 contiene de la dirección de Atención al Usuario un riesgo de corrupción:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">PROCESO</th> <th style="width: 30%;">RIESGO</th> <th style="width: 20%;">EVALUACION DEL RIESGO/ZONA DE RIESGO</th> <th style="width: 20%;">RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</td> <td>Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización en la ambulancia.</td> <td>MODERADA</td> <td>BAJA</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguimiento a recomendaciones A. Realizar la medición de los objetivos institucionales a los que le apunta directamente. De los 1077 indicadores definidos en el TUCI se priorizaron los indicadores que permiten a la Alta Dirección monitorizar el cumplimiento de nuestro Modelo de Atención, así como los Objetivos Estratégicos, los Ejes de Acreditación y los Atributos de Calidad. Indicadores institucionales que se relacionan con los 6 Objetivos Estratégicos:</p>	PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS 2019	Atención al paciente ambulatorio	Posible aumento de la Inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa	Hotelería Hospitalaria	Fuga o pérdida de usuarios de la institución Inadecuado manejo de residuos hospitalarios	PROCESO	RIESGO	EVALUACION DEL RIESGO/ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización en la ambulancia.	MODERADA	BAJA
PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS 2019																
Atención al paciente ambulatorio	Posible aumento de la Inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa																
Hotelería Hospitalaria	Fuga o pérdida de usuarios de la institución Inadecuado manejo de residuos hospitalarios																
PROCESO	RIESGO	EVALUACION DEL RIESGO/ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO.														
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización en la ambulancia.	MODERADA	BAJA														

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES									
			DIRECCIÓN	PROCESO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS						OBJETIVOS ESTRATEGICOS	
					1	2	3	4	5	6		
			Atención al Usuario	Proceso de Atención al Paciente y su familia	65		2					
				Atención al Paciente de Urgencias	2				180			
				Atención al Paciente Ambulatorio	4			12	365			
				Hotelería Hospitalaria					30			
				Referencia y Contra referencia de Pacientes	1				115			
					72	0	2	12	690	0		

De cada uno de los elementos a verificar por la Alta Dirección, se priorizaron los siguientes indicadores:

INDICADORES	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	EJES DE ACREDITACIÓN	ATRIBUTOS DE CALIDAD
Tasa de Satisfacción Global del HUS (Bogotá más Unidades Funcionales) (65)	USUARIO(CENT RADO)	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	EFFECTIVIDAD
Tasa de satisfacción global HUS Bogotá (66)	USUARIO(CENT RADO)	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	EFFECTIVIDAD
Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios (Resolución 256 de 2016)(1656)	USUARIO(CENT RADO)	PRESTACION DE SERVICIOS	GESTION CLINICA EXLENTE Y SEGURA	EFFECTIVIDAD
Proporción de quejas y reclamos radicados en la institución (1659)	USUARIO(CENT RADO)	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	EFFECTIVIDAD

CUC

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES					
			SEGURO	PRESTACION DE SERVICIOS	GESTION CLINICA EXLENTE Y SEGURA	EFFECTIVIDAD		
			Proporción de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en menos de 72 horas después del egreso(72)	SEGURO	PRESTACION DE SERVICIOS	GESTION CLINICA EXLENTE Y SEGURA	EFFECTIVIDAD	
			Tiempo promedio de espera para la atención en urgencias del paciente clasificado como TRIAGE II (276)	OPORTUNO	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO	OPORTUNIDAD	
			Oportunidad de Respuesta de Interconsulta de Urología al servicio de Urgencias (1263)	OPORTUNO	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO	OPORTUNIDAD	
			Oportunidad de Respuesta de Interconsulta de Ortopedia al servicio de Urgencias (1261)	OPORTUNO	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO	OPORTUNIDAD	
			Oportunidad de Respuesta de Interconsulta de Cirugía General al servicio de Urgencias (1260)	OPORTUNO	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO	OPORTUNIDAD	
			Oportunidad de Respuesta de Interconsulta de Neurocirugía al servicio de Urgencias (1262)	OPORTUNO	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO	OPORTUNIDAD	
			Tiempo promedio de espera oportunidad para la asignación de cita de obstetricia de primer vez (186)	MEJORA CONTINUA	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO	OPORTUNIDAD	
			Porcentaje de adherencia a los cinco momentos de higiene de manos en consultorios de consulta externa (1777)	SEGURO	PRESTACION DE SERVICIOS	GESTION DEL RIESGO	SEGURIDAD	
			Porcentaje de demanda insatisfecha en consulta especializada (1429)	MEJORA CONTINUA	PRESTACION DE SERVICIOS	GESTION DEL RIESGO	ACCESIBILIDAD	
			Porcentaje de uso de la capacidad de oferta en Consulta Externa (179)	USUARIO(CENT RADO)	PRESTACION DE SERVICIOS	GESTION DEL RIESGO	OPORTUNIDAD	

1002

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		OBSERVACIONES				
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	ARTICULADO (CON LA RED DE CUNDINAMARCA)	PRESTACION DE SERVICIOS	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	ACCESIBILIDAD
			<p>Porcentaje de Remisiones Aceptadas(742)</p> <p>Porcentaje de adherencia al procedimientos de limpieza y desinfección de áreas críticas(1760)</p> <p>Porcentaje de Adherencia al Procedimiento de Limpieza y Desinfección de Áreas Hospitalarias (1759)</p>	<p>SEGURO</p> <p>SEGURO</p>	<p>PRESTACION DE SERVICIOS</p> <p>PRESTACION DE SERVICIOS</p> <p>PRESTACION DE SERVICIOS</p>	<p>SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>SEGURIDAD</p>

B. La dirección de atención al usuario tiene 16 funciones en el manual de funciones. La Oficina de Control Interno considera que debe fortalecer el cumplimiento de las siguientes funciones del manual de funciones:

- Promover metodologías de investigación para medir el % de satisfacción del paciente y su familia (...)

Desde el 2017 se solicitó a La Secretaría de Salud de Cundinamarca apoyarnos con medición de la satisfacción de un ente externo al HUS, como otra fuente de investigación de satisfacción de los Usuarios a la atención brindada en el HUS, con fin de confirmar las encuestas que se aplican desde la Dirección de Atención al Usuario Lo cual se ha venido cumpliendo.

Por otra parte permito informar que se trabajó y asesoraron dos (2) trabajos de investigación realizados por estudiantes de MAESTRIA, de "Intervención Social" de la Universidad UNIR Ríoja, de España, bajo la ejecución del Convenio Docente asistencial con el HUS y con base a el mismo la Subdirectora de Investigación y Docencia me asignó como tutora de los estudiantes y de sus trabajos.

- Propuesta de atención preferencial a paciente Usuario de los servicios del HUS en condición de discapacidad o perteneciente al grupo étnico. Estudiante MD. Dra. Lorena Rivera (mayo a agosto/2019)
- Propuesta: Procedimiento para la identificación y Vinculación de familias, proceso de atención al Usuario. Con base a esta propuesta la DAU elaboró el Procedimiento 02AUF20-V1 Atención hospitalaria a Pacientes y/o familias Conflictivas. Casos difíciles. Procedimiento que se encuentra publicado en la Intranet. Dr. Leonardo Romero. Psicólogo (Mayo a Junio/2019)

C. Capacitar a los funcionarios que estén involucrados la atención a PQRSD, para que conozcan la normatividad aplicable, términos legales, etc.

La participación de la Subdirectora de la defensoría del Usuario y la Directora en las sesiones de **Inducción y Reinducción** organizadas mensualmente por la Subdirección de Desarrollo Humano y a través de las cuales la DAU socializa y sensibiliza al Cliente Interno sobre el Programa de Humanización institución (incluye su inclusión en el Direccionamiento estratégico: misión, visión, Valor institucional, Política de humanización ...);la Declaración

7/20/20



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																										
			<p>Institucional Derechos y Deberes de los Usuarios en salud, escucha de "la Voz del usuario, Paciente y familia" y Procedimiento de Recepción, trámite y Respuesta de peticiones en término de Ley.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">Sesiones de Inducción y Reinducción al Cliente Interno</th> <th style="width: 20%;">Total por Mes Personas que Asistieron a Inducción y Reinducción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td style="text-align: center;">30</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td style="text-align: center;">17</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td style="text-align: center;">39</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td style="text-align: center;">27</td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td style="text-align: center;">21</td></tr> <tr><td>JULIO</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td style="text-align: center;">31</td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td style="text-align: center;">32</td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td style="text-align: center;">12</td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td style="text-align: center;">23</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td style="text-align: center;">243</td></tr> </tbody> </table>	Sesiones de Inducción y Reinducción al Cliente Interno	Total por Mes Personas que Asistieron a Inducción y Reinducción	ENERO	30	FEBRERO	17	MARZO	39	ABRIL	27	JUNIO	21	JULIO	7	AGOSTO	31	SEPTIEMBRE	32	OCTUBRE	4	NOVIEMBRE	12	DICIEMBRE	23	TOTAL	243
Sesiones de Inducción y Reinducción al Cliente Interno	Total por Mes Personas que Asistieron a Inducción y Reinducción																												
ENERO	30																												
FEBRERO	17																												
MARZO	39																												
ABRIL	27																												
JUNIO	21																												
JULIO	7																												
AGOSTO	31																												
SEPTIEMBRE	32																												
OCTUBRE	4																												
NOVIEMBRE	12																												
DICIEMBRE	23																												
TOTAL	243																												
			<p>D. Se debe caracterizar el MACROPROCESO de Dirección de Atención al usuario, documentarlo la manera en que articula su labor con los procesos a su cargo. Desde la Alta Dirección no se han dado directrices al respecto lo cual es necesario, ni se ha definido la metodología de calidad para tal fin, por lo que no depende su realización de la Dirección ni de la Directora de Atención al Usuario.</p>																										
			<p>La Dirección Financiera contiene dentro del Plan de Acción en salud - PAS 2019 tiene seis (6) metas de producto anual en su ejecución y desarrollo su cumplimiento fue del 100%, las doce (12) actividades programadas para la ejecución de las metas de producto tuvieron un cumplimiento del 100%.</p> <p>En la ejecución de las acciones de mejora de los Planes únicos de mejora por procesos PUMP de la vigencia 2018, a cargo de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad se registró los siguientes indicadores:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">%</th> <th style="width: 25%;">CUMPLIMIENTO</th> <th style="width: 25%;">%CIERRE DE CICLOS</th> <th style="width: 25%;">PROCESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">GESTION FINANCIERA</td> </tr> </tbody> </table>	%	CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO	100%	100%	100%	GESTION FINANCIERA																		
%	CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	PROCESO																										
100%	100%	100%	GESTION FINANCIERA																										

ccm

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																																
5.	DIRECCIÓN FINANCIERA	10.00	54%	9%	9%	FACTURACION Y RECAUDO																													
			77%	55%	55%	PROMEDIO																													
<p>En los Planes únicos de mejora por proceso PUMP de la vigencia 2019, a cargo de la Dirección Financiera (dos) se registra:</p> <p>Un porcentaje promedio de cierre de ciclos de los procesos del 55%; Un cumplimiento promedio de las acciones de mejora por proceso del 55%; Y un avance en promedio de los procesos del 77%.</p> <p>Riesgos Institucionales 2019</p> <p>En la matriz de riesgos institucionales 2019 se encuentran los siguientes riesgos de la Dirección Financiera:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PROCESO</th> <th rowspan="2">RIESGOS POR PROCESO</th> <th colspan="3">RIESGOS INSTITUCIONALES 2019</th> </tr> <tr> <th>RIESGOS</th> <th>CAUSAS</th> <th>CONTROLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GESTION FINANCIERA</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>FACTURACION Y RECAUDO</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>TOTAL RIESGOS 2019</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">18</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales elaborada por la oficina Asesora de Control Interno, dirigida a una población de 282 personas (directores, subdirectores, líderes de proyecto y líderes de proceso), y respuesta de la 79.43% de la población; a la pregunta si se materializo el riesgo de los procesos, se evidencia que en los procesos de la Dirección Financiera se materializaron tres (3) riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2019, procesos y riesgos que se detallan a continuación:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGOS MATERIALIZADOS 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestión Financiera</td> <td>Baja o nula rentabilidad</td> </tr> <tr> <td>facturación y recaudo</td> <td>Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información. Negación del pago de los servicios por autorización</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública en informe de Auditoría elaborada por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de 67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que el diseño y su ejecución es DEBIL.</p>							PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019			RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES	GESTION FINANCIERA	13	2	10	5	FACTURACION Y RECAUDO	10	3	8	3	TOTAL RIESGOS 2019	23	5	18	8	PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS 2019	Gestión Financiera	Baja o nula rentabilidad	facturación y recaudo	Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información. Negación del pago de los servicios por autorización
PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019																																	
		RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES																															
GESTION FINANCIERA	13	2	10	5																															
FACTURACION Y RECAUDO	10	3	8	3																															
TOTAL RIESGOS 2019	23	5	18	8																															
PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS 2019																																		
Gestión Financiera	Baja o nula rentabilidad																																		
facturación y recaudo	Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información. Negación del pago de los servicios por autorización																																		

CEN

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																									
			<p>El mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2019 contiene cinco riesgos de corrupción con sistema de riesgo ESTRATÉGICO, tipología de riesgo de CORRUPCIÓN, en el proceso de gestión financiera, como resultado después de aplicado los controles se encuentran en zona de riesgo moderada (3) y baja (2).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">PROCESO</th> <th style="width: 40%;">RIESGO</th> <th style="width: 15%;">EVALUACION DEL RIESGO/ ZONA DE RIESGO</th> <th style="width: 20%;">RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">GESTION FINANCIERA</td> <td>Inclusión de gastos no autorizados</td> <td style="text-align: center;">EXTREMA</td> <td style="text-align: center;">BAJA</td> </tr> <tr> <td>Pago de obligaciones no adquiridas</td> <td style="text-align: center;">ALTA</td> <td style="text-align: center;">BAJA</td> </tr> <tr> <td>Devolución de dineros a terceros de manera injustificada</td> <td style="text-align: center;">ALTA</td> <td style="text-align: center;">MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Uso inapropiado del dinero en efectivo que se reciben en cajas.</td> <td style="text-align: center;">ALTA</td> <td style="text-align: center;">MODERADA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Adulteración de la información contable y financiera</td> <td style="text-align: center;">EXTREMA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">MODERADA</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguimiento a recomendaciones.</p> <p>A. Fortalecer las actividades que conlleven al cumplimiento de la Meta de Producto "ampliar el mercadeo de servicios" "aumentar la facturación" "mantener la radicación oportuna" "mantener el % de glosa aceptada menor al 5% de la facturación": <i>'se ha realizado divulgación de motivos de glosa a los procesos responsables de los servicios más representativo y reuniones cuatrimestrales con los líderes de los procesos done se presente mayor glosa para que realicen planes de mejora'.</i></p> <p>Ampliar el mercadeo de servicios</p> <p>Aumentar la facturación.</p> <p>B. Se debe prestar especial atención a las siguientes metas de producto: "continuar con la implementación de costos por producto" Se dio cumplimiento en un 100% a lo proyectado en el PAS 2019, con l consecución de los tiempos y movimientos de las treinta unidades de negocio y por ende de las 60 unidades de negocio programadas en el último periodo del cuatrienio, correspondería a la parametrización total en el módulo de costos de la información adquirida, meta que se proyecta para la vigencia 2020.</p> <p>Se realizó la transición de los indicadores TUCI al aplicativo ALMERA con corte a noviembre 2019.</p> <p>C. La dirección FINANCIERA tiene 16 funciones en el manual de funciones. La oficina de control interno considera que el desarrollo de las siguientes funciones debe fortalecerse : funciones: 3,4,5,6 y 7 del manual del funciones del cargo de</p>	PROCESO	RIESGO	EVALUACION DEL RIESGO/ ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO.	GESTION FINANCIERA	Inclusión de gastos no autorizados	EXTREMA	BAJA	Pago de obligaciones no adquiridas	ALTA	BAJA	Devolución de dineros a terceros de manera injustificada	ALTA	MODERADA	Uso inapropiado del dinero en efectivo que se reciben en cajas.	ALTA	MODERADA			Adulteración de la información contable y financiera	EXTREMA				MODERADA
PROCESO	RIESGO	EVALUACION DEL RIESGO/ ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO.																									
GESTION FINANCIERA	Inclusión de gastos no autorizados	EXTREMA	BAJA																									
	Pago de obligaciones no adquiridas	ALTA	BAJA																									
	Devolución de dineros a terceros de manera injustificada	ALTA	MODERADA																									
	Uso inapropiado del dinero en efectivo que se reciben en cajas.	ALTA	MODERADA																									
		Adulteración de la información contable y financiera	EXTREMA																									
			MODERADA																									

Handwritten signature

Handwritten signature

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES
			<p>Director Financiero (radicación oportuna de cuentas, resolución de objeciones, auditoría de cuentas por productividad, coordinar el recaudo y su adecuada destinación y custodia, coordinar labores de cobro persuasivo). Del cumplimiento efectivo de esas funciones se desprenden acciones que apuntan al cumplimiento de los objetivos institucionales.</p> <p>A este numeral se le hace seguimiento a través de las metas de producto anual establecidas en el PAS 2019.</p> <p><i>'Atendiendo a estas recomendaciones dadas por la oficina de Control Interno y conforme a los objetivos trazados en el direccionamiento estratégico por la Institución, durante la vigencia 2019 al tercer corte trimestre se ha dado cumplimiento a un 100% a las metas plasmadas en el Plan Anual de Salud, específicamente en lo que corresponde a ampliar el mercader de servicios (con un 84% del valor facturado al corte con respaldo contractual), aumentar la facturación (con un incremento del 4% al corte tercer trimestre con respecto a la vigencia anterior) mantener la radicación oportuna por encima del 95% de la facturación (con un 97.13% de porcentaje oportuno de facturación). Cabe anotar que al cierre del PAS a diciembre de 2019 dará curso la segunda y tercera semanas de enero de 2020.</i></p> <p><i>Ahora bien, en lo que respecta a continuar con la implementación de costos por producto a diciembre de 2019 se dio cumplimiento en un 100% a lo proyectado en el PAS 2019 con la consecución de los tiempos y movimientos de las 30 unidades de negocio y por ende de las 600 unidades de negocio programadas al tercer periodo, último período del cuatrenio correspondería a la parametrización total en el módulo de costos de la información adquirida, meta que se proyecta para la vigencia 2020.</i></p> <p>Frente a la meta de poner en marcha estrategias para la recuperación de cartera de la vigencia y vigencias anteriores incluyendo acciones judiciales con estas últimas, dadas las condiciones del sistema de salud para el recaudo de venta de servicios no ha sido posible cumplir con la meta trazada por el envejecimiento de la cartera durante la vigencia 2019, para lo cual el plan de acción ejecutado en el 2019 con los clientes de CONVIDA, SECRETARIA DE SALUD y demás entidades que representan el 80% de la cartera se enmarco en la circularización mensual con notificaciones de saldos, radicación de derechos de petición, cruces de cartera, mesas de trabajo entre entidades responsables de pago y el hospital con presencia de la Contraloría, Procuraduría y SUPER SALUD. Adicionalmente se radicaron ante la Oficina Asesora Jurídica soportes de facturas reconocidas sin respaldo presupuestal para ser presentadas por conciliación prejudicial ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.</p> <p>Por otro lado para el cierre de la vigencia se logra una notoria disminución de las partidas por identificar en un 35% aproximadamente de la cifra acumulada y el 90% ya aplicado en el último giro directo correspondiente a Noviembre de 2019. Se ha dado aplicación a la norma para afectar las facturas identificadas en los giros directos por ADRES, previo acuerdo con las entidades responsables de pago y con la circularización escrita de lo actuado se han logrado avances significativos. Adicional a lo anterior se focalizo la necesidad de tener y mantener los cruces de cartera y contables actualizados con todas las entidades.</p> <p>Sumado a las actividades encaminadas para el cumplimiento de las metas trazadas en el PAS 2019, los procesos de Gestión Financiera y Facturación y recaudo tal como se puede evidenciar en el plan único de mejora por procesos –</p>

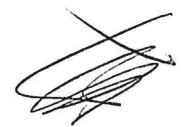
1003



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																																		
			<p><i>PUMP 2019, toman como fuente las recomendaciones emitidas en auditorías de control interno y gestión del riesgo y plasma actividades específicas que apuntan al mejoramiento continuo. Según se evidencia en acta 100 del 27 de diciembre de 2019 el proceso de gestión financiera cierra al corte de diciembre de 2019 según agenda programada por la oficina de Planeación y Garantía de la calidad se efectuará el 8 de enero de 2020 a fin de incluir cifras al corte, contando por ahora con la publicación del seguimiento al I semestre de 2019.</i></p> <p>La Dirección Administrativa dentro del Plan de Acción en salud - PAS 2019 registra cuatro (4) metas de producto anual en la ejecución y desarrollo el cumplimiento fue del 100%, para su desarrollo en la vigencia se programaron treinta (30) actividades y su ejecución fue del 100%; La dirección Administrativa, en cumplimiento del decreto No. 612 de 2018, tuvo bajo su responsabilidad once (11) programas y planes bajo la responsabilidad el promedio de cumplimiento de los programas es del 82%.</p>																																		
6.	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	10.00	<p>En la ejecución de las acciones de mejora de los Planes únicos de mejora por procesos PUMP de la vigencia 2018, a cargo de la Dirección Administrativa se registran los siguientes indicadores:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">%</th> <th style="width: 30%;">% CUMPLIMIENTO</th> <th style="width: 30%;">%CIERRE DE CICLOS</th> <th style="width: 30%;">POCESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>GESTION DEL TALENTO HUMANO</td> </tr> <tr> <td>64%</td> <td>54%</td> <td>62%</td> <td>GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA</td> </tr> <tr> <td>68%</td> <td>62%</td> <td>62%</td> <td>GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>GESTION DE LA INFORMACION</td> </tr> <tr> <td>94%</td> <td>94%</td> <td>88%</td> <td>GESTION DE BIENES Y SERVICIOS</td> </tr> <tr> <td>85%</td> <td>82%</td> <td>82%</td> <td>PROMEDIO</td> </tr> </tbody> </table> <p>En los Planes únicos de mejora por proceso PUMP de la vigencia 2019 a cargo de la Dirección Administrativa (cinco) se registra:</p> <p>Un porcentaje promedio de cierre de ciclos de los procesos del 82%; Un cumplimiento promedio de las acciones de mejora por proceso del 82%; Y un avance en promedio de los procesos del 85%.</p> <p>Riesgos Institucionales 2019</p> <p>En la matriz de riesgos institucionales 2019 se encuentran los siguientes riesgos de la Dirección Administrativa:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">PROCESO</th> <th style="width: 25%;">RIESGOS</th> <th style="width: 25%;">RIESGOS INSTITUCIONALES 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	%	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	POCESO	100%	100%	100%	GESTION DEL TALENTO HUMANO	64%	54%	62%	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	68%	62%	62%	GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	100%	100%	100%	GESTION DE LA INFORMACION	94%	94%	88%	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	85%	82%	82%	PROMEDIO	PROCESO	RIESGOS	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019			
%	% CUMPLIMIENTO	%CIERRE DE CICLOS	POCESO																																		
100%	100%	100%	GESTION DEL TALENTO HUMANO																																		
64%	54%	62%	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA																																		
68%	62%	62%	GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA																																		
100%	100%	100%	GESTION DE LA INFORMACION																																		
94%	94%	88%	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS																																		
85%	82%	82%	PROMEDIO																																		
PROCESO	RIESGOS	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019																																			

1021



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES				
			POR PROCESO	RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES	
			GESTION DEL TALENTO HUMANO	2	2	5	6
			GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	5			
			GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	2	2	37	4
			GESTION DE LA INFORMACION	4	2	12	6
			GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	6			
			TOTAL	19	6	54	16

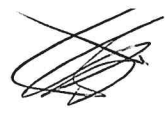
Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales elaborada por la oficina Asesora de Control Interno, dirigida a una población de 282 personas (directores, subdirectores, Líderes de proyecto y líderes de proceso), y respuesta de la 79.43% de la población; a la pregunta si se materializo el riesgo de los procesos, se evidencia que en los procesos de Gestión del Talento Humano y Gestión de la Infraestructura se materializaron dos (2) riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2019, procesos y riesgos que se detallan a continuación:

PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS 2019
Gestión del Talento Humano	Realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión de pagos a los cuales si se tiene derecho
Gestión de la Infraestructura	Inoportunidad en la respuesta al mantenimiento

Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública en informe de Auditoría elaborada por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de 67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que **el diseño y su ejecución es DEBIL.**

El mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2019 contiene tres (3) riesgos de corrupción con sistema de riesgo ESTRATÉGICO, tipología de riesgo de CORRUPCIÓN, en los procesos de gestión de la información (1) aplicado el control se encuentra en zona de riesgo alta y gestión del talento humano (2), aplicado los controles se encuentran en zona de riesgo moderada.

100



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES			
			PROCESO	RIESGO	EVALUACION DEL RIESGO/ ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO.
			<p>GESTION DE LA INFORMACIÓN</p> <p>Posibilidad de supervisión no adecuada de contratos en cumplimiento de las funciones, que permita omitir sanciones a contratistas</p>	EXTREMA	ALTA	Contenido en la Matriz de Riesgos Institucionales de 2019
			<p>GESTION DEL TALENTO HUMANO</p> <p>Posibilidad de violar procesos de selección en beneficio de terceros,</p> <p>Realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión o pagos</p>	EXTREMA	MODERADA	Contenido en la Matriz de Riesgos Institucionales de 2019

Seguimiento a recomendaciones

- Se recomienda que la información de los activos intangibles – cuenta 1970- de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana requiere ser unificada y única; para ello previamente deben establecerse las diferencias, analizarlas, conciliarlas para posterior ajustes y registros en el módulo de activos fijos -DGH. En lo que corresponde a la vigencia 2019, se reitera la recomendación (Sin respuesta)
- Conforme la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es una entidad pública de carácter territorial, todo el ingreso en dinero o en especie, tiene el carácter de RECURSOS PUBLICOS, por lo cual el manejo de los recursos públicos afecta directamente el patrimonio de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y se debe dar el proceso económico y financiero. En lo que corresponde a la vigencia 2019, se reitera la recomendación (Sin respuesta)
- Fortalecer las actividades que conlleven al cumplimiento de la Meta de Producto "modelo de gestión del talento humano enmarcado en los estándares de acreditación enmarcado en los ejes evaluativos (...) " " telemedicina" " implementación de la funcionalidad de la historia clínica de docencia en el HUS" "implementación del aplicativo TUCI" " IMPLEMENTACIÓN DEL APLICATIVO PARA DISPOSITIVOS MÓVILES" " implementación del aplicativo para el control de remisiones y contra remisiones", Del cumplimiento efectivo de esas funciones se desprenden acciones que apuntan al cumplimiento de los objetivos institucionales. **GESTIÓN TALENTO HUMANO y GESTION DE LA INFORMACION: Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.** En lo que corresponde a la

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES
			<p>vigencia 2019, se reitera la recomendación (Sin respuesta).</p> <p>4. La dirección ADMINISTRATIVA tiene 11 funciones en el manual de funciones. La oficina de control interno considera que el desarrollo de las siguientes funciones debe fortalecerse: FUNCIÓN NÚMERO UNO DEL MANUAL DE FUNCIONES EN CUANTO AL CONTROL de gestión del gasto (programas de reducción del gasto) y gestión del talento humano. Del cumplimiento efectivo de esas funciones se desprenden acciones que apuntan al cumplimiento de los objetivos institucionales. En lo que corresponde a la vigencia 2019, se reitera la recomendación (Sin respuesta).</p> <p>5. Trabajar en la capacitación en el puesto de trabajo realizando actividades de apropiación de los procesos aplicables a cada área o servicio (se incluye en este punto el conocimiento del normograma de cada proceso). <i>Se dio respuesta individual y diferente en cuanto a la capacitación del puesto de trabajo, por cada uno de los procesos.</i> En lo que corresponde a la vigencia 2019, se reitera la recomendación (Sin respuesta).</p> <p>6. Fortalecer la actividad de calificación de acuerdos de gestión, con el fin de que la calificación se produzca los primeros 5 días del mes de enero, de igual manera emitir la calificación de los acuerdos de gestión suscritos con los subdirectores a su cargo. 'La Subdirección de Desarrollo Humano da cumplimiento a lo establecido en la Resolución 073 de 2017, por medio de la cual se implementa la evaluación de la gestión del rendimiento de los gerentes públicos- Acuerdos de Gestión y se adoptan los Formatos Tipo evaluación. De igual manera se cumple lo estipulado en el Procedimiento 02TH07-V1 Evaluación de Desempeño, donde se detalla el proceso para la recepción y evaluación de los Acuerdos de Gestión de los Gerentes Públicos. Para generar la calificación de la Vigencia 2019 se debe esperar la calificación de la Evaluación por Dependencias y de Plan de Acción en Salud correspondientes al año en mención, y así mismo, concertar los compromisos para el año 2020'. (documento vía correo electrónico sin firma).</p> <p>7. Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las políticas a su cargo. GESTION DEL TALENTO HUMANO -La ejecución de las políticas, se demuestra mediana el cumplimiento de los planes. La Subdirección de Desarrollo Humano en busca de mejorar la oportunidad en la formulación de los planes, ha elaborado los cronogramas en los plazos indicados y han sido publicados en el las fechas establecidas. Sin embargo, cabe aclarar que la formulación de los planes de Capacitación e Incentivos está sujeta a las necesidades manifestadas por los líderes de procesos y colaboradores, y son susceptibles al cambio en cualquier momento de la vigencia (documento vía correo electrónico sin firma).</p>
7.			<p>La Oficina Asesora Jurídica dentro del Plan de Acción en salud - PAS 2019 contiene dos (2) metas de producto anual con cumplimiento del 100%, para la ejecución de las metas elaboro seis(6) actividades programadas en su ejecución y registra un cumplimiento del 100%.</p> <p>En la ejecución de las acciones de mejora del Plan Único de mejora por proceso - PUMP 2018, de la Gestión Jurídica se registran los siguientes indicadores publicados en ALMERA.</p>

NOVA

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES														
	OFICINA ASESORA JURÍDICA	10.00	% AVANCE	% CUMPLIMIENTO	% CIERRE DE CICLOS	PROCESO											
			86%	86%	86%	GESTION JURIDICA											
<p>En respuesta a la solicitud de soportes de evaluación por dependencias se informa que el proceso de gestión Jurídica al cierre de la vigencia registro un total porcentual de cierre de ciclos de 100%; un cumplimiento de las acciones de mejora por proceso del 100% y un avance al 100%</p> <p>Riesgos Institucionales 2019</p> <p>En la matriz de riesgos institucionales 2019 se encuentran los siguientes riesgos de la oficina Asesora Jurídica:</p> <table border="1" style="width: 100%; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PROCESO</th> <th colspan="3">RIESGOS INSTITUCIONALES 2019</th> </tr> <tr> <th>RIESGOS POR PROCESO</th> <th>CAUSAS</th> <th>CONTROLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GESTION JURIDICA</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>No se materializo ningún riesgo en la vigencia 2019. Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública en informe de Auditoria elaborada por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de 67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que el diseño y su ejecución es DEBIL.</p> <p>El mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2019 contiene tres (3) riesgos de corrupción con sistema de riesgo ESTRATÉGICO, tipología de riesgo de CORRUPCIÓN, con zona de riesgo extrema, aplicado los controles se encuentran en zona de riesgo moderada.</p>							PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019			RIESGOS POR PROCESO	CAUSAS	CONTROLES	GESTION JURIDICA	4	1	1
PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019																
	RIESGOS POR PROCESO	CAUSAS	CONTROLES														
GESTION JURIDICA	4	1	1														
			PROCESO	RIESGO	EVALUACIÓN DEL RIESGO/ ZONA DE RIESGO	RESULTADO EVALUACION ZONA DE RIESGO.											
			GESTION JURIDICA	Dilatación de los proceso con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo para favorecer un tercero	EXTREMA	MODERADA											
				Falta de transparencia en la información respecto del estado de los procesos judiciales de la entidad - defensa judicial.	EXTREMA	MODERADA											
				Falta de transparencia en la información respecto	EXTREMA	MODERADA											

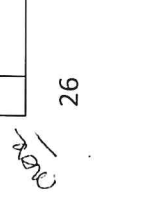
CEN

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES																				
			<p>del estado de los procesos judiciales de la entidad - defensa constitucional.</p> <p>Seguimiento a la política de oportunidades de mejora de la política de daño antijurídico. La implementación del programa de daño antijurídico en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, contempla tres estrategias a las que se les dio cumplimiento al 100% según se observo en el cronograma del programa de daño antijurídico.</p> <p>Publicación de los indicadores del proceso en el TUCI. En la plataforma TUCI se cuenta con dos indicadores: "Proporción de procesos judiciales y recuperación de cartera gestionados" y "Proporción de respuesta oportuna a los requerimientos judiciales". En la transición a ALMERA se encuentran los mismos indicadores.</p>																				
8.	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	10.00	<p>La Oficina Asesora de Control Interno dentro del Plan de Acción en salud - PAS 2019 tiene dos (2) metas de producto anual en su ejecución y desarrollo su cumplimiento fue del 100% en las actividades programadas, seis (6), su cumplimiento fue del 100%.</p> <p>En la ejecución de las acciones de mejora del Plan Único de mejora por proceso - PUMP 2019, de la Gestión del proceso de Auditoría y Control se registran los siguientes indicadores:</p> <table border="1" data-bbox="479 132 552 1260"> <thead> <tr> <th data-bbox="479 132 519 321">%</th> <th data-bbox="479 321 519 451">CUMPLIMIENTO</th> <th data-bbox="479 451 519 619">% CIERRE DE CICLOS</th> <th data-bbox="479 619 519 714">PROCESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="519 132 552 321">100%</td> <td data-bbox="519 321 552 451">100%</td> <td data-bbox="519 451 552 619">100%</td> <td data-bbox="519 619 552 714">AUDITORIA Y CONTROL</td> </tr> </tbody> </table> <p>Registró un porcentaje del 100% en el cierre de ciclos; un cumplimiento de las acciones de mejora por proceso del 100% y un avance del 100%.</p> <p>Riesgos Institucionales 2019</p> <p>En la matriz de riesgos institucionales 2019 se encuentran los siguientes riesgos de la oficina Asesora Jurídica</p> <table border="1" data-bbox="552 132 730 1260"> <thead> <tr> <th data-bbox="552 132 649 321">PROCESO</th> <th data-bbox="552 321 649 451">RIESGOS POR PROCESO</th> <th data-bbox="552 451 649 619">RIESGOS INSTITUCIONALES 2019</th> <th data-bbox="552 619 649 714">RIESGOS</th> <th data-bbox="552 714 649 840">CAUSAS</th> <th data-bbox="552 840 649 945">CONTROLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="649 132 730 321">AUDITORIA Y CONTROL</td> <td data-bbox="649 321 730 451">2</td> <td data-bbox="649 451 730 619"></td> <td data-bbox="649 619 730 840"></td> <td data-bbox="649 840 730 945"></td> <td data-bbox="649 945 730 945"></td> </tr> </tbody> </table> <p>La matriz de riesgos institucionales vigencia 2019 no contiene riesgos del proceso. Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública en informe de Auditoría elaborada por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E.</p>	%	CUMPLIMIENTO	% CIERRE DE CICLOS	PROCESO	100%	100%	100%	AUDITORIA Y CONTROL	PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019	RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES	AUDITORIA Y CONTROL	2				
%	CUMPLIMIENTO	% CIERRE DE CICLOS	PROCESO																				
100%	100%	100%	AUDITORIA Y CONTROL																				
PROCESO	RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS INSTITUCIONALES 2019	RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES																		
AUDITORIA Y CONTROL	2																						

26

26



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

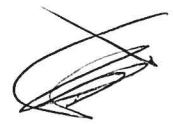
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO DE METAS PAS 2019	OBSERVACIONES
			Hospital Universitario de la Samaritana es de 67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que el diseño y su ejecución es DEBIL. El mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2019 no contiene riesgos de corrupción del proceso de Auditoría y Control.
9.	UFZ	9.2	El Plan de Acción en salud - PAS 2019 contiene cuarenta y ocho (48) metas de producto anual, cumplidas cuarenta y cuatro (44) un porcentaje de cumplimiento del 92%, con sesenta y cinco (65) actividades programadas y cumplimiento del 49% en su ejecución y desarrollo. Con la metodología de evaluación del diseño del control entregada por la Función pública en informe de Auditoría elaborada por la Oficina de Control Interno, la evaluación conforme los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es de 67, calificación que se encuentra en el rango entre 0 y 85, por lo que el diseño y su ejecución es DEBIL. La matriz de riesgos institucional de la vigencia 2019 y el mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2019 no contienen riesgos inherentes a la Unidad funcional Zipaquirá, la matriz y/o mapa están basados en procesos.

Observaciones

- Integrar activamente en todas los procesos, procedimientos y/o actividades de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a la Unidad Funcional Zipaquirá, el Hospital Regional, junto con los Centros de Salud.
- Fortalecer las actividades que conlleven al cumplimiento del programa de Gestión del riesgo en la E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana.
- Se recomienda realizar acciones de mejora en cada una de las dimensiones de MIPG.
- Publicar (notificar en los casos que sea necesario) de acuerdo a la normatividad y a las funciones desempeñadas por los funcionarios el Manual de Funciones y competencias de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

Generales:

La información anterior y teniendo que el decreto 1083 de 2015 (artículo 2,2,8,1,3) que establece: 'ARTÍCULO 2.2.8.1.3 Parámetros de la evaluación del desempeño laboral. El desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa deberá ser evaluado y calificado con base en parámetros previamente establecidos a partir de los planes anuales de gestión del área respectiva, de las metas institucionales y de la evaluación que sobre el área realicen las oficinas de control interno o quienes hagan sus veces, de los comportamientos y competencias laborales, habilidades y actitudes del empleado, enmarcados dentro de la cultura y los valores institucionales.



Para el efecto, los instrumentos de evaluación deberán permitir evidenciar la correspondencia entre el desempeño individual y el desempeño institucional.

El presente informe es de carácter **institucional**, de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, si bien es cierto la información es de responsabilidad de cada uno de los servidores públicos, no son de carácter individual ni personal, se elabora para efectos de la Evaluación por dependencias, por lo tanto las observaciones a que dé lugar son de carácter **institucional**.



YETICA HERNANDEZ A.
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado Control Interno