



Bogotá, Marzo 7 de 2022

Doctor
EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Gerente
JOSE JAIME PINZON RIAÑO
Director Financiero
SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA
Directora Administrativa
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Directora Científica
NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO
Directora Atención al Usuario
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO
Director hospital Regional de Zipaquirá
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
Jefe Oficina Asesora Jurídica
YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
ANA CAROLINA SERNA RUBIO
Coordinadora Unidad Funcional Zipaquirá
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Evaluación por dependencias 2021

Cordial saludo.

El informe adjunto contiene la evaluación por dependencias de la vigencia 2021, conforme a lo establecido en el decreto No.1083 de 2015 Artículo 2.2.8.1.3 y el Acuerdo No. CNSC-20181000006176 del 10-10-18; su desarrollo se basó en el archivo EXCEL 'EVALUACIÓN POA HUS IV TRIMESTRE 2021' entregado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA.

El informe se enmarcó dentro en las metas del resultado del Plan indicativo 2020-2023, metas de producto POA 2021 y metas de producto: 'Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externa' e 'Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional' del POA vigencia 2021.

Nota: Se anexan 14 folios

Atentamente,



YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina de Control Interno



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co*"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"*

			COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL				
			FORMATO 5. EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS		 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>		
			PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL	CÓDIGO: F-ED-006			
				FECHA EMISIÓN	2016/12/27		
				Página	1 de 1		
				Versión	2.0		
PERÍODO E VIGENCIA	DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO
	1	2	2021		31	1	2022

El objeto de la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias: Es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas de la E.S.E. Es fuente objetiva de información respecto del cumplimiento de las metas establecidas y es suministrada a los responsables de la evaluación y concertación de compromisos por el Jefe de la Oficina de Control Interno.

En cumplimiento del Acuerdo No. CNSC-20181000006176 del 10-10-18 son actores el proceso de EDL:

- 'El jefe de la oficina de Planeación o quien haga sus veces - SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA, quien tiene la obligación de publicar a más tardar el 31 de enero de cada año, las metas por áreas o dependencias de cada vigencia y publicar los avances logrados por las áreas o dependencias en la ejecución de sus metas de la vigencia anterior conforme lo determina la ley, de manera OPORTUNA.
- El jefe de la oficina de Control Interno o quien haga sus veces, TERCER LINEA DE DEFENSA, tiene la obligación de dar a conocer a los evaluadores el Resultado de la Evaluación por áreas o dependencias del año inmediatamente anterior, para que se tenga como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente periodo de evaluación.

Considerando lo que establece la ley No. 909 de 2015 y el Decreto No. 1083 de 2015, Artículos 2.2.13.1.5, 2.2.13.1.6 y 2.2.13.1.9, el ACUERDO DE GESTIÓN está muy ligado a la planeación institucional; por lo tanto, debe surtir las etapas de seguimiento y evaluación al finalizar cada vigencia; concertación y formalización (en el momento en que se adopten las metas y planes institucionales), es decir hasta el 15 de febrero de cada año.

La calificación otorgada por la oficina Control Interno, buscando ser objetivos, se elabora la presente auditoría y verificación de evaluación por dependencias de la vigencia 2021. Esta Auditoría es producto de la información entregada a la jefe de la oficina de Control Interno el pasado 10 de febrero, por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, información sin Acto Administrativo de aprobación y la información suministrada por los Directivos, después del 18 de febrero de 2022, solicitada el 26 de agosto de 2021 con radicado 2021110007415-1.

Verificada la información suministrada, con el fin de realizar el informe de Evaluación por dependencias se señala y plantea lo siguiente:

- La hoja del archivo del Plan Indicativo 2020- 2023' registra indicadores de resultado por cada una de las metas de resultado, en la columna X –EVALUACION META DE RESULTADO, para cada una de las áreas y sedes se ha realizado el filtro por RESPONSABLES INSTITUCIONALES – columna AB , luego se aplicó en la columna EVALUACION META DE RESULTADO el promedio simple para cada una de las áreas. Se incluyó para cada una de las áreas el indicador de la meta de resultado 'Aumentar en 5 puntos el indice de desempeño institucional' cuya EVALUACIÓN DE META DE RESULTADO es del 100%.
- En la hoja del archivo 'Plan Indicativo 2020- 2023' no se observó calificación (indicador) general de avance del Plan indicativo.
- En la hoja del archivo CALIFICACIÓN POA 2021 se registra (CALIFICACION PLAN INDICATIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA AÑO 2021) de manera general el TOTAL HUS es de 96%; el resultado de la



calificación por responsables de las metas de producto hacen parte de varios de los procesos de Direccionamiento, de apoyo y misional de la clasificación realizada en la hoja 'CALIFICACIÓN POA 2021', como se observa en la tabla a continuación:

AREA ¹	Direccionamiento	Misional	Apoyo	Evaluación
Dirección Científica	1	18	2	
Dirección Administrativa			12	
Dirección Financiera			9	
Dirección Atención al Usuario	1	1	2	
Oficina asesora Jurídica			1	
Oficina Asesora Planeación y Garantía de la calidad	10		1	
Oficina de Control Interno				1
Oficinas asesora de Planeación... / Oficina Control Interno	1			
Direcciones Científica y Atención al Usuario	1			
Oficina asesora Jurídica y Dirección Administrativa			2	
Oficinas asesora de Planeación... /Dirección Científica			1	
Oficinas asesora de Planeación... /Dirección Administrativa			2	
Direcciones, oficinas asesoras y líderes de proceso	1			
MIPG			1	
TOTAL	15	19	33	1

Fuente: Evaluación POA HUS IV trimestre

- lo anterior no hace posible la aplicabilidad de los indicadores de resultado por responsables, establecidos en el documento entregado,
- Entonces, para establecer el cumplimiento del POA de 2021 de las metas de producto, por cada área responsable, en el presente informe se aplicó el promedio simple de la columna AC - AVANCE META AÑO 2021 filtrado por AREAS RESPONSABLES - columna AI; de la hoja 'POA HUS' del archivo suministrados por la SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA.
- Para la verificación de la meta de producto del cumplimiento del Plan único de mejora por proceso –PUMP por áreas, se solicitó la información del PUMP al jefe de la oficina de Planeación y gestión de la calidad, sin respuesta a la fecha; por lo que se tomó para cada una de las áreas el cumplimiento de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en la vigencia 2021, publicado en el sistema de gestión de calidad integrado - ALMERA.
- Lo mismo que en el párrafo anterior, la meta de producto 'Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional' se tomó para todas las áreas el resultado de la columna AC - AVANCE META AÑO 2021.
- De las hojas del archivo 'POA HRZ' y 'POA 2021 UFZ' se utilizó el promedio simple de la columna AD – 'EVALUACION CIERRE AÑO 2021 – % AVANCE META'.

La CALIFICACION AREA de cada una de las Direcciones y oficinas Asesoras se manejó el promedio ponderado elaborado con la siguiente formula:

(De PLAN INDICATIVO 2020-2023 (meta de resultado * promedio simple meta de resultado)) + (de POA 2021(meta de producto * promedio simple meta de producto)) + (meta de producto 'Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externa' * 1) + (meta de producto 'Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional'*1) = promedio ponderado.

¹ Decreto No. 190 de octubre de 2007

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias																																											
N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES																																								
1.	GERENCIA	94.8%	<p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo 2020-2023 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de la vigencia 2021 contiene cuarenta y nueve (49) metas de resultado con setenta y dos (72) indicadores cuantitativos y nueve (9) indicadores de NA de las metas de resultado, según el documento entregado vía correo electrónico, por el jefe de la oficina de Planeación y gestión de la calidad, no registra calificación, sin embargo aplicado los resultados de la columna X - <i>evaluación meta de resultado</i> del documento, el <u>promedio simple</u> establece un indicador del 92.91% de cumplimiento de lo establecido para el año 2 del Plan indicativo 2020-2023.</p> <p>El cumplimiento del Plan operativo anual POA 2021 en lo correspondiente a la sede Bogotá, contiene cincuenta y nueve (59) metas de producto, con sesenta y ocho (68) indicadores de meta de producto. Con los archivos entregados vía correo electrónico, por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (jefe de la oficina de Planeación y gestión de la calidad), aplicado el promedio simple a las sedes HRZ, UFZ y áreas de la estructura organizacional vigente e observa:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>METAS DE PRODUCTO (Numero)</th> <th>INDICADORES (Numero)</th> <th>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021/ EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>93%</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ</td> <td>31</td> <td>31</td> <td>99.6%</td> </tr> <tr> <td>OFICINA ASESORA JURIDICA</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>99.6%</td> </tr> <tr> <td>OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTIA DE LA CALIDAD</td> <td>14</td> <td>18</td> <td>99.4%</td> </tr> <tr> <td>OFICINA CONTROL INTERNO</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>DIRECCIÓN CIENTIFICA</td> <td>19</td> <td>23</td> <td>96.5%</td> </tr> <tr> <td>DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA</td> <td>16</td> <td>18</td> <td>79.0%</td> </tr> <tr> <td>DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>95.7%</td> </tr> <tr> <td>DIRECCION FINANCIERA</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>97.2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>De lo anterior en el Plan operativo anual POA 2021 establecido a través de la aplicación del <u>promedio simple</u> al resultados de las metas de producto columna AC – <i>avance meta año 2021</i>, es del 95.6%.</p> <p>El cumplimiento de la meta de producto '<i>Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorias internas y externa</i>' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de por procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas</p>	AREA / SEDE	METAS DE PRODUCTO (Numero)	INDICADORES (Numero)	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021/ EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ	50	50	93%	HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ	31	31	99.6%	OFICINA ASESORA JURIDICA	4	4	99.6%	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTIA DE LA CALIDAD	14	18	99.4%	OFICINA CONTROL INTERNO	2	2	100%	DIRECCIÓN CIENTIFICA	19	23	96.5%	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	16	18	79.0%	DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	5	5	95.7%	DIRECCION FINANCIERA	5	10	97.2%
AREA / SEDE	METAS DE PRODUCTO (Numero)	INDICADORES (Numero)	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021/ EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)																																								
UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ	50	50	93%																																								
HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ	31	31	99.6%																																								
OFICINA ASESORA JURIDICA	4	4	99.6%																																								
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTIA DE LA CALIDAD	14	18	99.4%																																								
OFICINA CONTROL INTERNO	2	2	100%																																								
DIRECCIÓN CIENTIFICA	19	23	96.5%																																								
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	16	18	79.0%																																								
DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	5	5	95.7%																																								
DIRECCION FINANCIERA	5	10	97.2%																																								

mem

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias																			
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES																
			<p>en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador). El resultado de la meta de producto 'Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p>																
2.	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	97.7%	<p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo 2020-2023 del Hospital Universitario de la Samaritana de la vigencia 2021 que contiene cuarenta y nueve (49) metas de resultado con setenta y dos (72) indicadores cuantitativos y nueve (9) indicadores de NA de las metas de resultado, de ellas corresponden a la oficina de Planeación y garantía de la calidad, los siguientes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN /GARANTIA DE LA CALIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td>97%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cumplimiento de las metas de resultado en el año dos (2) del Plan Indicativo 2020-2023 de responsabilidad de la oficina asesora de planeación y garantía de la calidad - RESPONSABLE INSTITUCIONAL aplicado los resultados de la columna X-evaluación meta de resultado del documento, el <u>promedio simple</u> establece un indicador del 97%.</p> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia 2021 de la E.S.E una vez realizado el promedio simple del resultado de las metas de producto por áreas Responsables – columna Al del documento, la oficina asesora de planeación y garantía de la calidad contiene catorce (14) metas de producto, aplicado el <u>promedio simple</u> a la sumatoria del resultado de las metas de producto columna AC – avance meta año 2021, registra un indicador de cumplimiento del POA 2021 del 99.4%, producto de la gestión.</p> <p>La Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad se evidencia los siguiente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>OFICINA ASESORA PLANEACIÓN y GARANTIA d CALIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 /EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td>99.4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cumplimiento de la meta de producto 'Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externa' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.0% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de por procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador). El resultado de la meta de producto 'Implementar el Plan de Acción de MIPG,</p>	AREA / SEDE	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN /GARANTIA DE LA CALIDAD	METAS DE PRODUCTO (Numero)	5	INDICADORES (Numero)	6	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	97%	AREA / SEDE	OFICINA ASESORA PLANEACIÓN y GARANTIA d CALIDAD	METAS DE PRODUCTO (Numero)	14	INDICADORES (Numero)	18	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 /EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	99.4%
AREA / SEDE	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN /GARANTIA DE LA CALIDAD																		
METAS DE PRODUCTO (Numero)	5																		
INDICADORES (Numero)	6																		
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	97%																		
AREA / SEDE	OFICINA ASESORA PLANEACIÓN y GARANTIA d CALIDAD																		
METAS DE PRODUCTO (Numero)	14																		
INDICADORES (Numero)	18																		
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 /EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	99.4%																		

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES																
			<p>acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p> <p>Seguimiento a las recomendaciones: A la fecha del presente informe no se evidencio respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación gestión por dependencias, de las vigencias 2019 no se evidencian soportes de seguimiento a tres (3) recomendaciones, y de 2020 no se allego información alguna por parte de la oficina de Planeación y garantía de la calidad.</p>																
3.	DIRECCIÓN CIENTÍFICA	96.8%	<p>El cumplimiento en la ejecución Plan Indicativo 2020 – 2023 del Hospital Universitario de la Samaritana, según lo registrado en la columna AB 'responsables institucionales' del documento, la Dirección científica y los procesos que corresponden a esta Dirección contienen ocho (8) metas de resultado, aplicado el <u>promedio simple</u> en la columna X - evaluación meta de resultado del documento un indicador del 100.0% de cumplimiento de lo establecido para el año 2 del Plan indicativo 2020-2023.</p> <table border="1" data-bbox="646 772 1421 997"> <thead> <tr> <th>AREA/ SEDE</th> <th>DIRECCIÓN CIENTÍFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE RESULTADO (Numero)</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td align="center">9+ 4NA</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)</td> <td align="center">100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia 2021, filtradas, las metas de producto por áreas Responsables – columna AI del documento, la Dirección Científica contiene diecinueve (19) metas de producto, aplicado el <u>promedio simple</u> a la sumatoria del resultado de las metas de producto columna AC – avance meta año 2021, registra un indicador de cumplimiento del POA 2021 de 96.5%.</p> <table border="1" data-bbox="646 1192 1377 1396"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>DIRECCIÓN CIENTÍFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td align="center">19</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td align="center">23</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td align="center">96.5%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cumplimiento de la meta de producto 'Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externa' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de por procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador).</p> <p>El resultado de la meta de producto 'Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p> <p>Seguimiento a las recomendaciones: En respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones</p>	AREA/ SEDE	DIRECCIÓN CIENTÍFICA	METAS DE RESULTADO (Numero)	8	INDICADORES (Numero)	9+ 4NA	PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	100%	AREA / SEDE	DIRECCIÓN CIENTÍFICA	METAS DE PRODUCTO (Numero)	19	INDICADORES (Numero)	23	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	96.5%
AREA/ SEDE	DIRECCIÓN CIENTÍFICA																		
METAS DE RESULTADO (Numero)	8																		
INDICADORES (Numero)	9+ 4NA																		
PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	100%																		
AREA / SEDE	DIRECCIÓN CIENTÍFICA																		
METAS DE PRODUCTO (Numero)	19																		
INDICADORES (Numero)	23																		
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	96.5%																		

02/01/21

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES																
			<p>registradas en el informe de evaluación Gestión por Dependencias 2020, la Dirección Científica informa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que se generó un plan de mejoramiento para alinear los procedimientos a las unidades, durante 2021 se realizó la alineación de documentos. - Para fortalecer las actividades de gestión del riesgo los procesos de la Dirección científica actualizaron las matrices de riesgos, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la E.S.E. - Se implementó el seguimiento de manera trimestral por los líderes de los procesos (9) a la efectividad de los controles. - En el año 2021 se materializaron en el proceso de Atención al paciente hospitalizado cuatro (4) riesgos; atención farmacéutica tres (3) riesgos; Imágenes diagnosticas un (1) riesgo. - Respecto a los riesgos de corrupción en noviembre de 2021 se generó un plan de mejoramiento transversal, liderado por la oficina de planeación y garantía de la calidad. - Acuerdos de Gestión: Se realizó gestión con los Directivos para consolidar y gestionar la calificación de los acuerdos de gestión de tal manera de cumplir con los tiempos recomendados por Control Interno, pero es importante tener en cuenta que se requiere el resultado de la calificación del POA de la vigencia 2021 para poder generarlos; se continúa trabajando desde esta Dirección para lograrlo. 																
4.	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	94.5%	<p>El cumplimiento de las seis (6) metas de resultado en el año dos (2) del Plan Indicativo 2020- 2023 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en lo que corresponde a la vigencia 2021 la Dirección de Atención al usuario registro un cumplimiento del 96.0%</p> <table border="1" data-bbox="662 1056 1416 1262"> <thead> <tr> <th>AREA/ SEDE</th> <th>DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE RESULTADO (Numero)</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia 2021 de la E.S.E en cuanto a las metas de producto por áreas Responsables – columna Al del documento, la Dirección de Atención al Usuario contiene cinco (5) metas de producto, aplicado el <i>promedio simple</i> a la sumatoria del resultado de las metas de producto de la Dirección, columna AC – avance meta año 2021, registra un indicador de cumplimiento del POA 2021 de 95.7%, como se observa:</p> <table border="1" data-bbox="649 1476 1416 1682"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td>95.7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cumplimiento de la meta de producto 'Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorias internas y externa' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora</p>	AREA/ SEDE	DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	METAS DE RESULTADO (Numero)	6	INDICADORES (Numero)	6	PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	96%	AREA / SEDE	DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	METAS DE PRODUCTO (Numero)	5	INDICADORES (Numero)	5	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	95.7%
AREA/ SEDE	DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO																		
METAS DE RESULTADO (Numero)	6																		
INDICADORES (Numero)	6																		
PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	96%																		
AREA / SEDE	DIRECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO																		
METAS DE PRODUCTO (Numero)	5																		
INDICADORES (Numero)	5																		
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	95.7%																		

com

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias			
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES
			<p>completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador).</p> <p>El resultado de la meta de producto 'Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p> <p>Seguimiento a recomendaciones</p> <p>En respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación Gestión por Dependencias 2020, la Dirección DE Atención al usuario informa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan operativo anual -POA 2021: adjunta informe general entregado por la oficina de Planeación y garantía de la calidad, aclarando que no se dio el porcentaje del avance de ninguna de las Direcciones e informa que se dio cumplimiento a la totalidad excepto a la de realizar la implementación de procedimiento 'Revista médica administrativa en el servicio de urgencias. - Plan indicativo: informa <i>los soportes son los mismos enviados para POA.</i> - Plan anticorrupción y de atención al ciudadano: <i>se cumple con el 100% las actividades programadas</i> y relaciona cada una de las actividades de los componentes. - Riesgos: <i>La matriz de riesgos de los procesos (5) fueron actualizados y se realizó seguimiento a la eficiencia y eficacia de las actividades inmersas en los controles descritos en la matriz de riesgos bajo la metodología DAFP.</i> - Informe de acciones desarrolladas y/o documentadas vs hallazgos y/o observaciones de auditorías de Control Interno año 2021: <i>Para los riesgos del proceso de atención al usuario y su familia se determinó continuar con el monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles de los riesgos, lo cual se plasma en el PUM del proceso de Atención al Usuario y su Familia y se traslada para inicio de actividades desde el primer trimestre del año 2021. ... Seguimiento trimestral a la efectividad y eficiencia de los controles: se monitorea trimestralmente y se envía el informe en la matriz suministrada por la Oficina de Planeación. 'AVANCES PUMP DERIVADO DE AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO De acuerdo con las actividades planteadas en el PUMP derivado del Informe de Auditoría a Riesgos y Controles 2020,... se determinó continuar con el monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles de los riesgos, lo cual se plasma en el PUM del proceso de Atención al Usuario y su Familia y se traslada para inicio de actividades desde el primer trimestre del año 2021 con tres (3) actividades. Las actividades planteadas en el PUMP derivado del Informe de Auditoría a PQRSD 2020, ...para la Gestión de las PQRSD, se determinó Realizar ajustes en el sistema de información del Proceso de Atención al Usuario y su familia en lo relacionado con la gestión de las PQRSD, que permitan la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la atención, lo cual se plasma en el PUM del proceso de Atención al Usuario y su Familia y se trasladó para inicio de actividades desde el primer trimestre del año 2021 con tres (3) actividades.</i> <p>Pendiente de soportes y lo plan de mejoramiento de la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

AVEN

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES																
			Atención al Usuario.																
			<p>El cumplimiento del segundo año del Plan indicativo, las dos (2) metas de resultado siendo responsable Institucional (columna AB) la Dirección Financiera, del Plan Indicativo 2020- 2023 y aplicado el <u>promedio simple</u> a los resultados es del 95%,</p> <table border="1" data-bbox="646 436 1421 646"> <thead> <tr> <th>AREA/ SEDE</th> <th>DIRECCION FINANCIERA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE RESULTADO (Numero)</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td align="center">7 + 1NA</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)</td> <td align="center">95%</td> </tr> </tbody> </table> <p>En el plan Operativo Anual - POA 2021 de la E.S.E, filtrado por área responsable- columna AI, la Dirección Financiera contiene cinco (5) metas de producto y diez (10) indicadores de las metas de producto, el cumplimiento del POA 2021 por la Dirección Financiera es del 97.2%</p> <table border="1" data-bbox="646 808 1360 1018"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>DIRECCION FINANCIERA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td align="center">5</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td align="center">10</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td align="center">97.2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cumplimiento de la meta de producto '<i>Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externa</i>' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador).</p> <p>El resultado de la meta de producto '<i>Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional</i>' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p> <p>Seguimiento a las recomendaciones: En respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación Gestión por Dependencias 2020, el Director Financiero informa que la oficina de contratos y mercadeo cuenta con dos riesgos de los cuales han realizado actividades para su mejoramiento.</p>	AREA/ SEDE	DIRECCION FINANCIERA	METAS DE RESULTADO (Numero)	2	INDICADORES (Numero)	7 + 1NA	PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	95%	AREA / SEDE	DIRECCION FINANCIERA	METAS DE PRODUCTO (Numero)	5	INDICADORES (Numero)	10	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	97.2%
AREA/ SEDE	DIRECCION FINANCIERA																		
METAS DE RESULTADO (Numero)	2																		
INDICADORES (Numero)	7 + 1NA																		
PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	95%																		
AREA / SEDE	DIRECCION FINANCIERA																		
METAS DE PRODUCTO (Numero)	5																		
INDICADORES (Numero)	10																		
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	97.2%																		
5.	DIRECCIÓN FINANCIERA	94.5%																	
			<p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo 2020 -2023 conforme a los resultados de las metas de resultado establecidas para el segundo año - vigencia 2021, en los procesos administrativos contiene cinco (5) metas de resultado según la columna AB RESPONSABLES INSTITUCIONALES y según la columna X – EVALUACION META DE RESULTADO la Dirección Administrativa, aplicado el promedio simple registra un cumplimiento del 80%, como se observa a continuación:</p>																

nom.

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES									
6.	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	79.9%	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="641 226 1193 294">AREA/ SEDE</th> <th data-bbox="1193 226 1429 294">DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="641 294 1193 336">METAS DE RESULTADO (Numero)</td> <td data-bbox="1193 294 1429 336">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="641 336 1193 378">INDICADORES (Numero)</td> <td data-bbox="1193 336 1429 378">19 + 3NA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="641 378 1193 457">PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)</td> <td data-bbox="1193 378 1429 457">80%</td> </tr> </tbody> </table>	AREA/ SEDE	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	METAS DE RESULTADO (Numero)	5	INDICADORES (Numero)	19 + 3NA	PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	80%	
AREA/ SEDE	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA											
METAS DE RESULTADO (Numero)	5											
INDICADORES (Numero)	19 + 3NA											
PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	80%											
			<p>El plan Operativo Anual - POA vigencia 2021, una vez realizados los filtros por AREAS RESPONSABLES – columna AI de la hoja POA HUS del archivo recibido de la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, la Dirección Administrativa registra un cumplimiento (columna AC – <i>avance meta año 2021</i>) de las dieciséis (16) metas de producto del POA 2021 del 79.0%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="641 640 1161 703">AREA / SEDE</th> <th data-bbox="1161 640 1429 703">DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="641 703 1161 745">METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td data-bbox="1161 703 1429 745">16</td> </tr> <tr> <td data-bbox="641 745 1161 787">INDICADORES (Numero)</td> <td data-bbox="1161 745 1429 787">18</td> </tr> <tr> <td data-bbox="641 787 1161 892">PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td data-bbox="1161 787 1429 892">79.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cumplimiento de la meta de producto '<i>Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorias internas y externa</i>' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador).</p> <p>El resultado de la meta de producto '<i>Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional</i>' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p> <p>Seguimiento a recomendaciones En respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación Gestión por Dependencias 2020, no se conoce su respuesta por lo que se reitera la recomendación de: Mejoran, reiteran y elaboran acciones de mejora que harán parte los Planes únicos de mejora por proceso _PUMP.</p>		AREA / SEDE	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	METAS DE PRODUCTO (Numero)	16	INDICADORES (Numero)	18	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	79.0%
AREA / SEDE	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA											
METAS DE PRODUCTO (Numero)	16											
INDICADORES (Numero)	18											
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	79.0%											
			<p>En el desarrollo del segundo año (vigencia 2021) de ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en la vigencia 2021, Corresponden a la Oficina Asesora Jurídica RESPONSABLE INSTITUCIONAL – columna AB tres (3) metas de resultado con cumplimiento del 93.25%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="641 1701 1128 1764">AREA/ SEDE</th> <th data-bbox="1128 1701 1429 1764">OFICINA ASESORA JURIDICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="641 1764 1128 1806">METAS DE RESULTADO (Numero)</td> <td data-bbox="1128 1764 1429 1806">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="641 1806 1128 1866">INDICADORES (Numero)</td> <td data-bbox="1128 1806 1429 1866">4</td> </tr> </tbody> </table>	AREA/ SEDE	OFICINA ASESORA JURIDICA	METAS DE RESULTADO (Numero)	3	INDICADORES (Numero)	4			
AREA/ SEDE	OFICINA ASESORA JURIDICA											
METAS DE RESULTADO (Numero)	3											
INDICADORES (Numero)	4											

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias											
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES								
			<table border="1"> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)</td> <td>93.25%</td> </tr> </table>	PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	93.25%						
PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	93.25%										
			<p>El plan Operativo Anual - POA 2021 de la E.S.E una vez realizada la gestión, filtrado por AREA RESPONSABLE –COLUMNA AI de la hoja del archivo POA HUS ha sido calificado según el consolidado (columna AC – avance meta año 2021) para la oficina asesora jurídica con el 99.6%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>OFICINA ASESORA JURIDICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td>99.6%</td> </tr> </tbody> </table>	AREA / SEDE	OFICINA ASESORA JURIDICA	METAS DE PRODUCTO (Numero)	4	INDICADORES (Numero)	4	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	99.6%
AREA / SEDE	OFICINA ASESORA JURIDICA										
METAS DE PRODUCTO (Numero)	4										
INDICADORES (Numero)	4										
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	99.6%										
7.	OFICINA ASESORA JURÍDICA	94.7%	<p>El cumplimiento de la meta de producto '<i>Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externa</i>' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.0% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador).</p> <p>El resultado de la meta de producto '<i>Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional</i>' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p> <p>Seguimiento a recomendaciones:</p> <p>En respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación Gestión por Dependencias 2020, se informa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan operativo Anual POA: Estrategia 10.2 y 58.1 el avance 4to trimestre 2021 =100% de cumplimiento; Estrategia 56.2 avance 4to trimestre 2021 =100% de cumplimiento; Estrategia 57.1 ejecución del 100% de la Política de daño Antijurídico, avance 4to trimestre 2021 =100% de cumplimiento - Plan Indicativo: 1) implementar y mantener la política de daño antijurídico- la cual se cumplió en un 100%; 2) cumplimiento de las actividades a cargo de la oficina asesora jurídica dentro las diferentes etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y transparencia se cumplió en el 4to trimestre 2021 =100% de cumplimiento. - Seguimiento a matriz de riesgos y riesgos de corrupción: Informa de los riesgos identificados en el proceso y sus controles lo mismo con los riesgos de corrupción. - Política de Daño Antijurídico: se han cumplido al 100% las actividades de sus estrategias. - Indicadores para la vigencia 2021 - Seguimiento a las Auditorías de Control Interno: La Auditorías realizadas por Control Interno (5) en el primer semestre se informa: '<i>no se considera oportuna la inclusión de planes de mejoramiento producto de estas auditorías...</i>'. Del segundo semestre de (12) Auditorías de Control Interno se informa: '<i>se dio respuesta en término, indicando que no se consideraba pertinente la inclusión de planes de mejoramiento producto de la auditoria</i> 								

caso

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias															
N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES												
			<i>adelantada, razón por la cual para el tercer y cuarto trimestre de 2021 no fueron incorporados planes de mejoramiento.</i>												
8.	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	93.6%	<p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo 2020-2023 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de la vigencia 2021 en el área de Control Interno no contiene metas de resultado.</p> <p>El cumplimiento del Plan operativo anual POA 2021 en lo correspondiente a la sede Bogotá, contiene dos (2) metas de producto. Aplicado el <u>promedio simple</u> registra un cumplimiento del 100%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>OFICINA CONTROL INTERNO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cumplimiento de la meta de producto '<i>Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externa</i>' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.0% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (numerador) sobre un total de quinientos dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador).</p> <p>El resultado de la meta de producto '<i>Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional</i>' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p>	AREA / SEDE	OFICINA CONTROL INTERNO	METAS DE PRODUCTO (Numero)	2	INDICADORES (Numero)	2	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	100.0%				
AREA / SEDE	OFICINA CONTROL INTERNO														
METAS DE PRODUCTO (Numero)	2														
INDICADORES (Numero)	2														
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	100.0%														
9	HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA HRZ	97.5%	<p>En la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el segundo año de ejecución del plan, el Hospital Regional Zipaquirá, aplicado el <u>promedio simple</u> a la columna de EVALUACION META DE RESULTADO - columna X registra un cumplimiento de las metas de resultado para el 2° año de ejecución del Plan indicativo del 94%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA/ SEDE</th> <th>HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE RESULTADO (Numero)</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)</td> <td>94%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia 2021 del HRZ contiene treinta y una (31) metas de producto, una vez calificadas por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA de la E.S.E y aplicado el <u>promedio simple</u> al resultado registra el 99.6%, de cumplimiento.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>	AREA/ SEDE	HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ	METAS DE RESULTADO (Numero)	13	INDICADORES (Numero)	15	PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	94%	AREA / SEDE	HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ	METAS DE PRODUCTO (Numero)	31
AREA/ SEDE	HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ														
METAS DE RESULTADO (Numero)	13														
INDICADORES (Numero)	15														
PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	94%														
AREA / SEDE	HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA - HRZ														
METAS DE PRODUCTO (Numero)	31														

CSM

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias																			
N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES																
			<table border="1"> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td>99.6%</td> </tr> </table> <p>El cumplimiento de la meta de producto 'Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorias internas y externa' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador). El resultado de la meta de producto 'Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.</p>	INDICADORES (Numero)	31	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	99.6%												
INDICADORES (Numero)	31																		
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	99.6%																		
10	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA - UFZ	91.9%	<p>En la ejecución Plan Indicativo 2020-2023 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el segundo año de ejecución del plan, la Unidad Funcional Zipaquirá, luego de aplicado el <u>promedio simple</u> a la columna de EVALUACION META DE RESULTADO - columna X registra un cumplimiento de las metas de resultado para el 2° año de ejecución del Plan indicativo del 88%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA/ SEDE</th> <th>UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE RESULTADO (Numero)</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>18 +1NA</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)</td> <td>88%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia 2021 del HRZ contiene cincuenta (50) metas de producto, una vez calificadas por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA de la E.S.E y aplicado el <u>promedio simple</u> al resultado registra el 93.3%, de cumplimiento.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA / SEDE</th> <th>UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE PRODUCTO (Numero)</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>INDICADORES (Numero)</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)</td> <td>93.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cumplimiento de la meta de producto 'Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorias internas y externa' conforme a lo publicado en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, para la vigencia 2021 establece un indicador del 91.% de cumplimiento, conformado por cuatrocientos setenta (470) acciones de mejora completas identificadas por las diferentes fuentes establecidas en el PUMP por cada uno de por procesos (numerador) sobre un total de quinientas dieciséis (516) acciones de mejora identificadas por las diferentes fuentes establecidas</p>	AREA/ SEDE	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ	METAS DE RESULTADO (Numero)	16	INDICADORES (Numero)	18 +1NA	PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	88%	AREA / SEDE	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ	METAS DE PRODUCTO (Numero)	50	INDICADORES (Numero)	50	PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	93.3%
AREA/ SEDE	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ																		
METAS DE RESULTADO (Numero)	16																		
INDICADORES (Numero)	18 +1NA																		
PROMEDIO SIMPLE METAS DE RESULTADO (porcentaje)	88%																		
AREA / SEDE	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA -UFZ																		
METAS DE PRODUCTO (Numero)	50																		
INDICADORES (Numero)	50																		
PROMEDIO SIMPLE AVANCE META AÑO 2021 / EVALUACION CIERRE AÑO 2021 (porcentaje)	93.3%																		

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias			
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CALIFICACION AREA	OBSERVACIONES
			en el PUMP por cada uno de los procesos (denominador). El resultado de la meta de producto 'Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional' en el POA de la vigencia 2021 según archivo suministrado por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, registra Un indicador del 83.25%.
<p>Observaciones Generales: El presente informe es de carácter institucional, de propiedad de la E.S.E. 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.</p>			

CONCLUSIONES

- De manera permanente y reiterada se evidencio que no hay respuesta a las solicitudes o son entregadas de manera inoportuna. Hecho que se observó con el contenido de los archivos entregados por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, no cuentan con Acto administrativo de Aprobación, la información está incompleta en lo correspondiente al Decreto No. 612 de 2019 y al resultado general de los avances de segundo año de ejecución del Plan Indicativo.
- La evaluación y seguimiento de los planes y programas cualitativos, a través de indicadores deben ser herramienta Gerencial e instrumento apropiado para encontrar una conexión entre los objetivos estratégicos y las metas, planes y programas. Las variables e indicadores cumplen parcialmente con los atributos de oportunidad, disponibilidad, simplicidad, especificidad y confiabilidad, además de generar aplazamiento en la elaboración de los planes y programas que se deben cumplir los responsables. Los responsables además de responder si se logró cumplir la meta de producto y/o meta de resultado, deben generar desarrollo, construir conocimiento y ser más efectivos.

RECOMENDACIONES


1. **Condición:** De manera permanente se evidencio que las respuestas a las peticiones y solicitudes son entregadas de manera inoportuna.
Dentro del contenido de los archivos entregados por la SEGUNDA LINEA DE DEFENSA, no cuentan con la aprobación de la Junta Directiva, la información está incompleta, en lo correspondiente al Decreto No. 612 de 2019 y al resultado general de los avances de segundo año de ejecución del Plan Indicativo.
Criterio: Ley 1952 de 2019 Acción y omisión en el cumplimiento de los deberes propios del cargo o función.
Causa: No se cuenta con la evidencia suficiente, competente, relevante y autentica, no hay evidencia necesaria y de calidad lo que no permite el análisis de documentos, soportes y conclusiones sobre la Evaluación por dependencias. No hay oportunidad en la entrega de la información requerida y solicitada previamente por los medios de comunicación con que cuenta la E.S.E.
Efecto: La información incompleta no permite identificar de manera oportuna los aspectos a mejorar por parte de las áreas, ocasiona demora y aplazamiento en la entrega de los informes de Auditoría Interna Independiente y retrasos en el cronograma de Auditorías.
2. **Condición:** La evaluación y seguimiento cualitativo a los planes y programas establecidos por cada una de las áreas, a través de indicadores se constituye en una herramienta poco utilizable por cuanto carece de oportunidad lo cual no permite que se constituya en un instrumento apropiado para encontrar una conexión entre los objetivos estratégicos y las metas, planes y programas.
Las variables e indicadores de los resultados de las metas de resultado y/o metas de producto cumplen parcialmente con los atributos de oportunidad, disponibilidad, simplicidad, especificidad y confiabilidad, convirtiéndose en simple

números relativos que no generan alertas en el desempeño de los planes y programas que se deben cumplir los responsables.

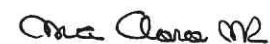
Criterio: Acuerdo No. CNSC-20181000006176 del 10-10-18 Anexo técnico del sistema tipo de Evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos de carrera administrativa y en periodo de prueba. '*Publicar a más tardar el 31 de enero de cada año, las metas por áreas o dependencias de cada vigencia*' / Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 /

Causa: Falta la socialización y conocimiento de las metodologías para la medición, por lo que se constituye en Debilidad y/o falta de experticia por parte de los responsables de las metas de producto y metas de resultado y falla en la administración de las variables e indicadores.

Efecto: Beneplácito y conformidad al recibir los responsables Institucionales y/o áreas responsables la medición de los indicadores de las metas de resultado y metas de producto.



YETICA HERNANDEZ A.
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado Control Interno

Bogotá, marzo 03 de 2022