



INFORME DE CONTROL INTERNO

GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2018

En cumplimiento de lo establecido en la Resolución 408 de 2018, la oficina de control interno debe elaborar un informe que permita evaluar el tercer indicador establecido en el anexo 2 de dicha resolución, denominado Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

En mi calidad de Jefe de Control Interno certifico la información contenida en el presente informe que contiene el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación (2018), indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador.

El cálculo de este indicador resulta del Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación (2018) sobre el Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación (2018).

Para la evaluación del plan operativo anual se evaluaron los proyectos de acuerdo a sus áreas específicas, que para nuestro caso son:

1. El Área de Calidad
2. El Área de Talento Humano
3. El Área Financiera
4. El Área de Prestación de Servicios de Salud
5. El Área Fisca y Tecnológica

EVALUACIÓN DEL INDICADOR

Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo anual programadas.

29/31 = 0.94

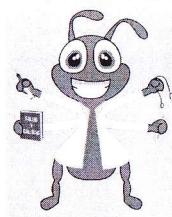
Aury E. Mendoza
AURY ESTELA MENDOZA CASTAÑO
Jefe de Control Interno
C.C. No. 25.872.831 de Ciénaga de Oro



1. GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD						
PROGRAMA/PROYECTO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	OBSERVACIÓN	Estado Cumplimiento
Disponer de un modelo integral de gestión con las características institucionales y la normatividad vigente, para lograr altos estándares de calidad en la prestación de los servicios	Realizar auditoría de cumplimiento de requisitos de habilitación según resolución 1441.	100%	Seguimiento	100%	Se evidencia auditoría de cumplimiento de requisitos de habilitación con sus respectivos hallazgos.	SI
	Formular y ejecutar plan de calidad.	80%	Calificación	80%	La entidad formuló el plan de calidad y logró ejecutar las acciones más prioritarias para mantener una buena prestación de los servicios.	SI
	Ejecutar plan de acción PAMEC.	90%	% porcentaje de ejecución del programa	69%	Se evidencia comités activos, mapas de riesgo y su seguimiento, eventos adversos y su socialización, actualización de procesos y procedimientos, programa de seguridad del paciente y su respectiva socialización, difusión de deberes y derechos de los usuarios, oportunidad y accesibilidad a los servicios de consulta externa, urgencia y hospitalización según indicadores de calidad, encuestas de satisfacción de los usuarios de forma mensual.	NO
	Adherencia a protocolos.	100%	Nº de protocolos implementados/ total de protocolos *100	50 50 100%	La entidad ha implementado todos los protocolos, guías y procedimientos necesarios para lograr altos estándares de calidad en la prestación de los servicios.	SI
	Promover la socialización y aplicación de los protocolos y guías.	80%	Nº de protocolos socializados/ Nº de protocolos para el área *100	35 35 100%	Se socializaron los protocolos y guías más utilizados en la prestación de los servicios del área asistencial.	SI
	Hacer seguimiento al mantenimiento de los estándares de habilitación y gestionar los requisitos necesarios.	90%	Nº de estándares de habilitación cumplidos/Nº total de estándares del área *100	20 20 100%	La oficina de calidad hace seguimiento al plan de mejoramiento de los estándares de habilitación.	SI



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Hospital San Francisco
E.S.E.



1. GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD						
PROGRAMA/PROYECTO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	OBSERVACIÓN	Estado Cumplimiento
	Modelo estándar de control interno.	90%	% de ejecución del plan	90%	Se realizaron informes pormenorizados del estado de control interno teniendo en cuenta los módulos de control de planeación y gestión, evaluación y seguimiento, eje transversal – información y comunicación, estado general del sistema de control interno y recomendaciones.	SI
Cultura: Atención centrada en el usuario	Ejecutar plan de difusión, socialización y seguimiento de derechos y deberes de los usuarios.	80%	% de ejecución del plan	100%	En cada área de la Institución se encuentra publicado los deberes y derechos de los usuarios, así mismo se dan a conocer a los usuarios mediante charlas y panfletos.	SI
	Facilitar la asignación de citas, la atención médica y evitar desplazamiento innecesario de los usuarios, mediante la clasificación de las remisiones entrantes al servicio y evaluación de su pertinencia.	95%	Nº de citas o pacientes atendidos/total de citas programadas *100	82,523 82,523 100	Se atendieron 82.523 pacientes en la vigencia 2018, todas fueron atendidas a satisfacción de la entidad.	SI
	Encuestas de Atención al usuario	90%	Nº de encuestas satisfechas / Nº total de encuestados * 100	2,360 2,400 98%	Durante la vigencia 2018 se recepcionaron 2.400 encuestas de las cuales 2.360 pacientes estuvieron satisfechos y 40 insatisfechos	SI
Seguridad del paciente	Revisar, ajustar y ejecutar el programa de seguridad del paciente.	80%	% de cumplimiento.	100%	La ESE tiene creado el programa de seguridad del paciente y fue socializado con todo el personal de esta Entidad.	SI
	Maternidad segura: Morbilidad materna extrema.	0%	Nº de casos de morbilidad materna extrema/muertes perinatales. * 100	0 0 0%	Durante la vigencia 2018 no se presentaron casos de morbilidad materna extrema	SI
	Integrar programa de seguridad del paciente a la gestión del riesgo.	80%	% de cumplimiento.	100%	Se incluyó seguridad del paciente en el mapa de riesgo vigencia 2018.	SI

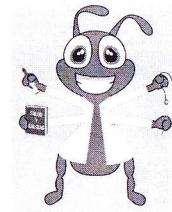


2. GESTIÓN TALENTO HUMANO						
PROGRAMA/PROYECTO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	OBSERVACIÓN	Estado cumplimiento
Rediseño gestión humana	Realizar estudio técnico planta de personal.	100%	Estudio	100%	La planta de personal cuenta con estudio técnico.	SI
	Elaborar y ejecutar plan de mejoramiento rediseño gestión humana.	80%	% Ejecución del plan	80%	Si se realizó plan de mejoramiento rediseño gestión humana durante la vigencia 2018.	SI
Cultura Organizacional: Centrado en reglas de juego para un personal competente, comprometido y motivado	Promover y desarrollar acciones para mantener y mejorar la cultura organizacional.	90%	% Plan de acción Gestión Humana.	90%	Se realizaron actividades para mantener y mejorar el clima laboral en la entidad.	SI
	Rediseñar, actualizar implementar y hacer seguimiento a los procesos de reincidencia al personal antiguo de la Entidad.	100%	% personal antiguo con reincidencia.	0%	No se realizó reincidencia al personal antiguo de la Entidad durante la vigencia 2018.	NO
	Hacer seguimiento a las historias laborales del personal de planta y contratación.	100%	% de historia laboral revisada.	100%	Se realizó auditoría a las hojas de vida a todo el personal.	SI
	Concertar y evaluar desempeño de personal.	100%	Evaluaciones.	100%	Se realizó evaluación de desempeño al personal.	SI
Desarrollo integral del empleado y su familia.	Estructurar, divulgar y ejecutar planes de capacitación, bienestar, incentivos y salud ocupacional.	90%	% ejecución de los planes.	90%	Se ejecutó plan de capacitación y actividades incluidas dentro del plan de bienestar social y se elaboró el manual de sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.	SI



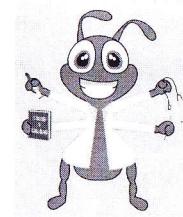
3. GESTIÓN FINANCIERA

PROGRAMA/PROYECTO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	OBSERVACIÓN	Estado cumplimiento
Fortalecimiento Financiero	Ejecutar plan de Fortalecimiento Financiero	100%	Ejecución del plan.	100%	El plan de Fortalecimiento Financiero se ejecutó en su totalidad.	SI
Fortalecimiento Financiero	Elaborar y presentar los informes a los entes de vigilancia y control.	100%	Nº de informes presentados/Nº de informes solicitados. *100	32 32	100%	Se presentaron todos los informes presentados a los entes de vigilancia y control.
	Realizar conciliaciones entre las áreas de presupuesto, cartera. Contabilidad y tesorería confrontando los saldos de los diferentes módulos.					
Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Deuda Personal de Nomina y Prestación de Servicios.	90%	Pagos cancelados	95%	La ESE canceló el 90% de los obligaciones con el personal de nómina y de prestación de servicios	SI



4. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PROGRAMA/PROYECTO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	OBSERVACIÓN	Estado cumplimiento
Prestar Servicios de Salud Intrahospitalarios	Mejorar accesibilidad al servicio de consulta externa.	90%	% Ejecución del plan.	90%	Todo usuario que llega a solicitar cita se le asigna su cita programada no superior a dos días.	SI
	Mejorar oportunidad y accesibilidad al servicio de urgencia.	90%	% Ejecución del plan.	100%	La meta en la oportunidad en la atención según estándar de calidad es de 15 minutos y esta entidad atiende en un promedio de 11.09 minutos.	SI
	Mejorar oportunidad y accesibilidad al servicio de hospitalización.	90%	% Ejecución del plan	90%	Durante la vigencia 2018 se hospitalizaron 1.209 usuarios con tratamiento necesario según la complejidad.	SI



5. GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO						
PROGRAMA/PROYECTO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	OBSERVACIÓN	Estado cumplimiento
Plan Bienal de Inversiones.	Gestionar recursos para ejecutar los proyectos incluidos en el Plan Bienal.	100%	% Ejecución del plan.	100%	Se gestionó ante el ministerio de protección social y Secretaría de Salud departamental, los proyectos incluidos en el Plan Bienal.	SI
Programa de adecuación y mantenimiento del ambiente físico.	Ejecutar plan de readecuación del ambiente físico en cumplimiento de los estándares de calidad.	80%	% Ejecución del plan.	85%	Se ejecutaron la mayoría de las actividades del plan de adecuación y mantenimiento del ambiente físico en cumplimiento de los estándares de calidad.	SI
Historias clínicas electrónicas y registros asistenciales.	Parametrización e implementación software de historias clínicas.	100%	% plan de acción GH.	100%	Las historia clínicas de consulta externa se encuentras sistematizadas.	SI
Tecnología de información y comunicación TICs	Elaborar y ejecutar plan estratégico de sistemas de información.	80%	% Ejecución del plan.	80%	Se elaboró el plan estratégico de sistemas de información y se ejecutó la mayoría de las actividades.	SI

AURY ESTELA MENDOZA CASTAÑO
Jefe de Control Interno
C.C. No. 25.872.831 de Ciénaga de Oro