

## INFORME EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2018 OFICINA DE CONTROL INTERNO

El siguiente informe se realiza de conformidad con la Ley 909 de 2004, inciso 2, del Decreto Reglamentario 1227 de 2005 y a la Circular 04 de 2005 expedida por el Consejo Asesor del gobierno Nacional en materia de Control Interno.

Este informe se basa en primera instancia en la plataforma estratégica 2016-2020, según Acuerdo No. 022 de 2016 expedido por la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., fundamentada en los fines para los cuales ha sido creada y en atención a las políticas del sector salud contenidas en el Plan de Desarrollo de Bogotá, inmersas en su misión y su visión.

En la construcción del plan estratégico, se contemplaron perspectivas desde los ámbitos: financiero, cliente, procesos, e innovación y aprendizaje, y en esa medida fue posible identificar los objetivos estratégicos, definidos en directrices orientadas al establecimiento de políticas institucionales, mediante las cuales se pretende lograr la misión.

Esas directrices mediante las cuales la alta dirección orienta sus actividades para para garantizar el vínculo práctica-propósitos, se discriminan de la siguiente manera: prestación de servicios, seguridad del paciente, humanización del servicio, docencia, servicio e investigación, gestión y administración del riesgo, talento humano y transformación cultural, responsabilidad social, gestión de la tecnología, ambiente físico y seguro, gestión ambiental, gestión de la información y comunicaciones, calidad y mejoramiento continuo, referenciación, y la de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.

En ese orden de ideas y para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de un modelo de atención integral, la entidad ha construido su misión y visión en los siguientes términos:

MISIÓN	VISIÓN
Somos una Empresa Social del Estado innovadora y socialmente responsable, que presta servicios de salud integrales y de calidad, con participación activa en la formación de talento humano y desarrollo de la investigación, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población.	En el año 2020 seremos una entidad con reconocimiento a nivel nacional e internacional por su modelo de atención integral, basado en estándares superiores de calidad, con un proceso dinámico en capacitación y formación de talento humano en salud y con desarrollo sostenible de la investigación.

Teniendo en cuenta estos parámetros, la valoración por parte de Oficina de Control Interno, en cuanto a la consecución de los objetivos planteados por la entidad en su Plan Operativo Anual –POA-, es fuente de información para la evaluación del desempeño laboral.

Por tanto, y teniendo en cuenta los resultados de la autoevaluación realizada por la Oficina de Desarrollo Institucional a través del plan operativo anual, resumidos en el Cuadro 1, se estableció que para la vigencia 2017, la entidad alcanzó un avance del 91%.

Cuadro 1 Resumen POA

PLAN OPERATIVO ANUAL 2017						
MACROPROCESOS	PROCESO	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	ANUAL
ESTRATÉGICOS	GESTIÓN ESTRATÉGICA	85%	82%	79%	85%	83%
	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	100%	99%	99%	97%	99%
	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	78%	93%	98%	99%	92%
	GESTIÓN DE CALIDAD	100%	100%	100%	100%	100%
MISIONALES	GESTIÓN AMBULATORIA	92%	73%	65%	65%	74%
	GESTIÓN DE URGENCIAS	82%	86%	95%	97%	90%
	GESTIÓN QUIRÚRGICA	76%	76%	84%	86%	80%
	GESTIÓN HOSPITALARIA	94%	96%	94%	87%	93%
	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	96%	99%	100%	97%	98%
	GESTIÓN DE APOYO EN SALUD	100%	96%	98%	81%	94%
APOYO	GESTIÓN FINANCIERA	94%	79%	94%	71%	85%
	GESTIÓN JURÍDICA	100%	97%	100%	97%	98%
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	88%	89%	94%	100%	93%
	GESTIÓN APOYO LOGÍSTICO	94%	94%	97%	97%	96%
	GESTIÓN TALENTO HUMANO	91%	75%	99%	93%	90%
	GESTIÓN INFORMACIÓN	87%	89%	97%	93%	91%
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>		<b>92%</b>	<b>90%</b>	<b>94%</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>

Fuente: Desarrollo Institucional remitido Vía Correo Zimbra 31 de enero de 2018 a OCI

El análisis por dependencia que realiza la Oficina de Control Interno, se basa en la evaluación cuantitativa del grado de ejecución por procesos de los compromisos establecidos en el Plan Operativo Anual y se complementa en los avances de la Administración del Riesgo de estos procesos, en términos cualitativos.

Como se aprecia en el Cuadro 2, se deduce que las actividades propuestas en el Mapa de Riesgos, fueron cumplidas en razón al promedio referido por la Oficina de Desarrollo Institucional el cual alcanzó un 97,97%.

Cuadro 2 Evaluación del Mapa de Riesgos 2017

MACROPROCESO	PROCESO	Mapa de Riesgo	III TRIMESTRE		
			Acciones Ejecutadas	Acciones Programadas	% Ejecución
ESTRATEGICOS	1.1 GESTION ESTRATEGICA	Direccionamiento Estrategico	2	2	100.00%
		Proyectos y Convenios	2	2	100.00%
		Gestion Comercial y de Mercadeo	4	4	100.00%
		Gestion de Comunicaciones	13	13	100.00%
	1.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO	Participacion comunitaria y Atencion al usuario	4	4	100.00%
1.3 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	Gestion del conocimiento	9	10	90.00%	
1.4 GESTIÓN DE CALIDAD	Gestion de Calidad	13	13	100.00%	
MISIONALES	2.1 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	Gestion del Riesgo en salud	9	9	100.00%
	2.2 GESTIÓN AMBULATORIA	Gestion Ambulatoria	12	12	100.00%
	2.3 GESTIÓN DE URGENCIAS	Gestion de Urgencias.	13	14	92.86%
	2.4 GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA	Gestion de Hospitalización y Cirugia	10	10	100.00%
	2.5 GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Gestion de Servicios Complementarios	17	17	100.00%
APOYO	3.1 GESTION FINANCIERA	Planeacion Financiera	5	5	100.00%
		Tesoreria	6	7	85.71%
		Cartera	12	13	92.31%
		Facturación	5	5	100.00%
		Cuentas por pagar	6	6	100.00%
		Costos	5	5	100.00%
		Contabilidad	6	6	100.00%
	SUBTOTAL FINANCIERA		45	47	95.74%
	3.2 GESTION JURIDICA	Gestion Juridica	3	4	75.00%
	3.3 GESTION DE LA CONTRATACION	Gestion Contratacion	8	8	100.00%
	3.4 GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	Gestion de la Informacion	10	10	100.00%
		HIS	9	9	100.00%
	3.5 GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLOGICO	Gestion Documental	7	7	100.00%
Gestion Ambiental		16	16	100.00%	
Biomedicos		12	12	100.00%	
3.6 GESTION DEL TALENTO HUMANO	Gestion del Ambiente Fisico y Tecnologico	13	13	100.00%	
	Gestion del Talento Humano	31	32	96.88%	
EVALUACIÓN	4.1 EVALUACIÓN DE GESTIÓN	Evaluacion de la Gestion	15	15	100.00%
	4.2 GESTIÓN DISCIPLINARIA	Gestion Disciplinaria	12	12	100.00%
4	TOTAL		289	295	97.97%

Fuente: Oficina de Desarrollo Institucional.

Si bien es cierto, esta evaluación cuantitativa en Administración del Riesgo es de un alto estándar, no es coherente con la calificación de algunos procesos obtenidas del POA, tales como el Financiero que presenta metas trazadoras como por ejemplo: "El resultado del equilibrio financiero para la vigencia debe ser igual o mayor a 1"; "alcanzar una evolución del gasto por unidad de valor relativo mayor o igual a 0,90" ; y "Mantener la deuda por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios a menos de 30 días"; metas que no se lograron por lo que su resultado para la vigencia fue cero (0).

Se infiere que los resultados de la última meta relacionada en el párrafo anterior es afectada en el incumplimiento en el pago de honorarios por concepto de prestación de servicios que no fueron cancelados en un plazo inferior a 30 días.



Otros ejemplos, que permiten contrastar la consistencia del Plan Operativo Anual Vs. Mapa de Riesgos son: Proceso Gestión Hospitalización y Cirugía en los cuales no hubo cumplimiento de metas como: “giro cama” y “porcentaje ocupacional en los servicios hospitalarios”; Proceso Gestión Ambulatoria en el cual no hubo cumplimiento de metas como “oportunidad en medicina general y odontología general”, “oportunidad en consulta especializada en medicina interna”, “ginecobstetricia y pediatría”, procesos pilares del Nuevo Modelo de Atención en Salud.

Para el caso de Gestión Urgencias, la meta de “sobreocupación de urgencias” no se cumplió, así como en el de Gestión Quirúrgica en cuanto a la “disminución de la tasa de cesáreas”.

En el Proceso de Gestión de Servicios Complementarios no se logró la “certificación del Invima para central de mezclas”, acorde con lo evaluado por la Oficina de Desarrollo Institucional.

Dado lo anterior el incumplimiento de las metas genera una disminución en el promedio evaluado por la Oficina de Desarrollo Institucional, se sugiere que tanto los seguimientos al POA como al Mapa de Riesgos sean complementarios y coherentes, dada la posibilidad de materialización de riesgos que afectarían los objetivos estratégicos y la misión de la entidad.

De otra parte se destacan en el Macroproceso Estratégico la Gestión de la Calidad; y en el Misional se destaca el Proceso de Gestión del Riesgo en Salud; en el de Apoyo se destaca la Gestión Jurídica; y en el Macroproceso de Evaluación y Seguimiento, se destaca Control Interno.

Se sugiere para la vigencia 2018 se incorpore en el POA la Oficina de Control Interno Disciplinario.

En cuanto al Proceso Gestión de la Información y teniendo en cuenta la incidencia que tiene en el desarrollo de las actividades y en el logro de los objetivos de las diferentes áreas, se recomienda realizar las acciones necesarias para implementar en un 100% los módulos asistenciales y administrativos, del Sistema Integrado de Gestión. Esto es así por cuanto la meta propuesta fue poner en producción un 70% de los módulos asistenciales y administrativos del Sistema Integrado de Información lográndose el 94% de lo formulado.

Para el proceso anteriormente analizado, se recomienda analizar y ejecutar las acciones de mejoramiento necesarias para desarrollar las actividades planeadas en el Plan de Gobierno en Línea, en razón a que se obtuvo el 48% de la meta programada en 90%.

De los datos anteriormente resaltados se sugiere a la entidad alinear los planes operativos con los mapas de riesgos y los planes de mejoramiento internos y externos, a fin de garantizar la mejora continua en pro de intervenir los riesgos que actualmente tenemos identificados y que las oficinas evaluadoras como son Desarrollo Institucional, Calidad, Control Interno y Control Interno Disciplinario, se articulen para realizar seguimientos a las metas formuladas en la consecución de los objetivos estratégicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

- Evaluación de Gestión por Dependencias

La oficina de Control Interno tuvo en cuenta como criterio de evaluación a la gestión por dependencias, los resultados de los indicadores de cada una de las metas del informe de seguimiento al POA 2017, reportado por la Oficina de Desarrollo Institucional.

Para ello, el grupo auditor de la Oficina de Control Interno realizó un análisis a las evidencias, metas, actividades e indicadores reportados en el Plan Operativo Anual 2017, para verificar la consistencia de la evaluación hecha por la Oficina de Desarrollo Institucional.

Para la calificación del cumplimiento de cada Plan Operativo se promedió el resultado de todas las metas y se dividió entre 10 para obtener la calificación del porcentaje correspondiente a Control Interno.

En ese sentido, se establecieron los siguientes rangos de cumplimiento:

EVALUACIÓN CONTROL INTERNO (CALIFICACIÓN DE 1 A 10)

RANGOS	SIGNIFICADO	DEFINICIÓN
Menor a 5	No cumple	No se desarrollaron las actividades o se presenta un desarrollo incipiente de estas de acuerdo al compromiso
Entre 5,1 a 7,9	Deficiente	Desarrollo parcial de las actividades para el logro de las metas propuestas
Entre 8,0 a 9,9	Aceptable	Desarrollo de las actividades pero con limitaciones que afectaron la calidad o el impacto de las metas u objetivos propuestos
Igual a 10	Sobresaliente	Cumplimiento total de las metas.

Cabe señalar, que la evaluación realizada por la Oficina de Desarrollo Institucional se realizó acorde al mapa de procesos, por tanto las dependencias pertenecientes a los mismos, deberán asumir la calificación registrada en el presente informe.

Para efectos de la evaluación del desempeño, solo serán tenidos en cuenta los resultados cuantitativos presentados a continuación, dentro de la citada gestión y

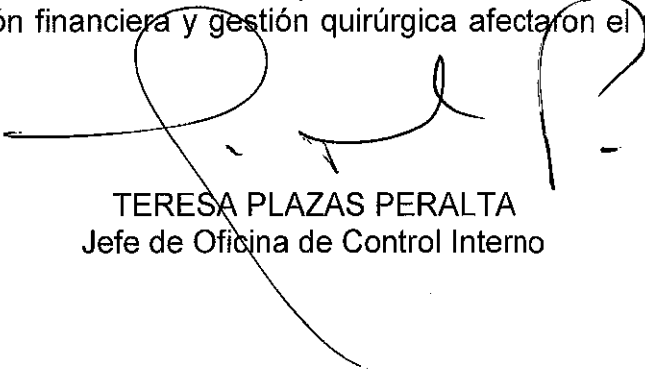
acorde a la normatividad que para tal efecto adoptó la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Así mismo, se contempló de manera cualitativa la Evaluación de los Mapas de Riesgos adoptados para la vigencia 2017, como insumo del presente informe.

Por tanto, el resultado de la calificación es la siguiente:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E			
OFICINA DE CONTROL INTERNO			
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS 2017			
MACROPROCESOS	PROCESO	EVALUACION PLANES OPERATIVOS OFICINA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	CALIFICACIÓN DE CONTROL INTERNO (10 %)
ESTRATÉGICOS	GESTIÓN ESTRATÉGICA	83%	8.3
	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	99%	9.9
	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	92%	9.2
	GESTIÓN DE CALIDAD	100%	10.0
MISIONALES	GESTIÓN AMBULATORIA	74%	7.4
	GESTIÓN DE URGENCIAS	90%	9.0
	GESTIÓN QUIRÚRGICA	80%	8.0
	GESTIÓN HOSPITALARIA	93%	9.3
	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	98%	9.8
APOYO	GESTIÓN DE APOYO EN SALUD	94%	9.4
	GESTIÓN FINANCIERA	85%	8.5
	GESTIÓN JURÍDICA	98.0%	9.8
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	93%	9.3
	GESTIÓN APOYO LOGÍSTICO	96%	9.6
	GESTIÓN TALENTO HUMANO	90%	9.0
	GESTIÓN INFORMACIÓN	91%	9.1
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	100%	10.0
	<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>	<b>9.1</b>

De acuerdo con la tabla de rangos, se interpreta que la calificación de 9.1 sobre 10, corresponde a un resultado aceptable, donde los procesos de gestión ambulatoria, gestión financiera y gestión quirúrgica afectaron el resultado general de la evaluación.



TERESA PLAZAS PERALTA  
Jefe de Oficina de Control Interno