

## INFORME EVALUACION DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2022

### 1. Introducción

La Ley 909 de 2004, en su artículo 39 establece que: “..El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión decada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento”.

Sin embargo, el Acuerdo 617 de 2018 referente a la Evaluación del Desempeño Laboral, en el marco del proceso de calificación establece que la “evaluación de gestión por áreas o dependencias realizada por el Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en la entidad, ya no será tenida en cuenta, pero se considera un insumo para la concertación de compromisos laborales.

Adicionalmente, la Circular No. 004 de 2005 el Consejo Asesor del Gobierno en materia de Control Interno establece que: “El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno”.

Por consiguiente y en cumplimiento de las directrices anteriormente mencionadas, la Oficina de Control Interno presenta a continuación el informe de la gestión por dependencias, el cual tiene como referente el cumplimiento del Plan de Acción por procesos de la vigencia 2022, articulado al Plan de Desarrollo Institucional y al Plan de Gestión Gerencial, dicho informe presenta de manera resumida el cumplimiento obtenido por cada dependencia, conforme a las compromisos y metas establecidas para la vigencia 2022, así como recomendaciones encaminadas a la mejora continua de los procesos.

## 2. Objetivo

Verificar el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las dependencias o procesos de la entidad, analizando el desempeño institucional y emitiendo las diferentes recomendaciones que contribuyan al mejoramiento continuo.

## 3. Alcance

Evaluar la gestión de la totalidad de las dependencias y/o procesos del Hospital Roberto Quintero Villa ESE, teniendo como período de evaluación el 1º de enero y el 31 de diciembre de la vigencia 2022.

## 4. Resultado de la evaluación

Para efectuar la respectiva evaluación por dependencias se tomaron como insumos los resultados obtenidos por los diferentes procesos en la evaluación de los planes de acción del IV trimestre del año realizada por la responsable del Proceso de Planeación y de los indicadores trazadores del proceso.

El resultado de la evaluación del cumplimiento de los Planes de Acción por procesos, se promedia con los resultados de los indicadores trazadores del proceso evaluado (si aplica).

### Resultados Evaluación Plan de Acción vigencia 2022

Nombre del Proceso	Porcentaje de Avance
Direccionamiento estratégico y planeación	86%
Jurídica	91%
Calidad	91%
Control Interno	100%
Talento Humano	86%

Financiera	92%
Sistemas de Información	93%
Gestión Documental	76%
Compras, bienes y suministros	100%
Mantenimiento	100%
Consulta Externa-Promoción y Prevención	83%
SIAU	94%
Odontología	100%
Urgencias-Hospitalización	88%
Laboratorio Clínico	86%
Servicio Farmacéutico	80%
<b>Total Porcentaje de Avance</b>	<b>90,38%</b>

Fuente: Planeación HRQV

#### 4.1 Gerencia y Direccionamiento

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
86%	Porcentaje de ejecución del plan de desarrollo	70.25%	78.12%

El plan de acción contó con 8 actividades, con un cumplimiento global del 86% al corte del cuarto trimestre de 2022.

Frente a la evaluación del cumplimiento del Plan de Desarrollo, se resalta la celeridad con la cual se logró consolidar la evaluación de la vigencia disponiendo de este indicador antes del 31 de enero de 2023.

**Aspectos positivos:**

- Alineación de los planes de acción con los planes estratégicos institucionales y con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Seguimiento periódico a la labor de los comités institucionales, frente a su integración, funciones, periodicidad de reuniones, formulación del plan de trabajo, que ha permitido el mejoramiento de su gestión.
- Acompañamiento y retroalimentación a los responsables de los procesos frente a la nueva metodología para la gestión de los riesgos.
- Monitoreo y retroalimentación permanente a responsables de procesos que dan como resultado un cumplimiento satisfactorio de los planes de acción y planes institucionales del decreto 612 de 2018.

**Recomendaciones para la mejora:**

- Actualizar el Plan de Comunicaciones de la entidad y fortalecer su implementación.
- Solicitar asistencia técnica al DAFP a través de los asesores dispuestos para la región para el despliegue de la estrategia antitrámites al interior de la entidad.
- Continuar fortaleciendo la gestión del riesgo desde el proceso de Planeación como responsable de la segunda línea de defensa.

**4.2 Jurídica**

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR/AUDITORIA	RESULTADO	
91%	Calificación Auditoria Control Interno Contratación	85%	85.5%
	Calificación Auditoria Control Interno Comité Conciliación y Defensa Judicial	75%	

En el Plan de Acción del Proceso Jurídico se plantearon 11 actividades, las cuales 10 se ejecutaron en su totalidad y la actividad de Cobros prejurídicos y jurídicos no se adelantada por la oficina jurídica.

**Aspectos positivos:**

- Se inicio la implementación por parte de la entidad del SECOP II y se realiza la publicación de la contratación en esta plataforma.
- Se rindieron Informes trimestrales de contratación y procesos judiciales en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Decreto 2193)
- Se realizó seguimiento y respuesta oportuna a los procesos judiciales y tutelas
- Se dio respuesta oportuna a tutelas
- Se dio cumplimiento a las reuniones de Comités de Conciliación y Defensa Judicial

**Recomendaciones para la mejora:**

- Dar cumplimiento a los documentos mínimos de legalidad que deben de ser publicados en la plataforma SIA Observa establecidos en la resolución anual expedida por la Contraloría General del Quindío.
- Brindar educación continuada a los supervisores de los contratos para la identificación y gestión de riesgos de contratación y mejoramiento de su labor frente al seguimiento y control del cumplimiento de los objetos y obligaciones contractuales.

### 4.3 Calidad

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
91%	Certificación vigente en la norma ISO 9001:2015	100%	95.5%

De 11 actividades planteadas en el Plan de Acción del Proceso, se obtuvo un cumplimiento global del 91%. Durante la vigencia 2022 se recibió visita de auditoría externa de ICONTEC y se mantuvo la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001:2015.

#### Aspectos positivos:

- Se realizó actualización de la mayoría de documentación exigida por el Sistema Único de Habilitación de conformidad con la Resolución 3100 de 2019, la cual se conserva almacenada en carpetas por procesos de manera virtual.
- Se logró contar con una autoevaluación minuciosa de Habilitación, que permite identificar el nivel de cumplimiento de los criterios por parte de la institución para la toma de decisiones.
- Se dio cumplimiento al reporte de indicadores trimestrales de calidad al Ministerio de salud (Decreto 2193 de 2004 y mensualmente a las eps

**Recomendaciones para la mejora:**

- Formular un plan de trabajo para el cumplimiento de los criterios de habilitación pendientes con un monitoreo continuo.
- Realizar monitoreo continuo de las condiciones técnico científicas del SUH.
- Dar continuidad a la evaluación de la labor de los Comités institucionales verificando que se encuentren acogidos a los lineamientos de estandarización.
- Dar cumplimiento a la Política de Participación Social en Salud (PPSS)

**4.4 Talento Humano**

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
86%	Cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	100%	93%

De las 23 actividades contempladas en el Plan de acción del proceso de Talento Humano se cumplieron 19, quedando pendientes dos actividades realizar estudio de medición de la carga laboral y estudio de planta de personal.

**Aspectos positivos:**

- Se resalta el cumplimiento del Plan Estratégico de TalentoHumano.
- Se realizaron acciones de socialización del Código de Integridad al interior de la entidad
- Se viene dando cumplimiento al registro de la hoja de vida de contratistas y servidores públicos en el SIGEP II y declaración de bienes y rentas de servidores públicos.
- Se viene realizando la actualización de la información de personal en la plataforma PASIVOCOL
- Se dio cumplimiento a la ejecución del Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo y se realizó auditoría interna al SGSST.
- Se evaluó la eficacia implementación de los planes institucionales de talento humano de conformidad con los lineamientos del DAFP.

**Recomendaciones para la mejora:**

- ✓ Realizar medición de la carga laboral
- ✓ Realizar estudio de la planta de personal de la entidad
- ✓ Establecer controles para el cumplimiento al PIC y detectar el impacto que generan Las capacitaciones brindadas por la entidad.  
Establecer la RUTA DE LA FELICIDAD dentro de la institución.

**4.5 Financiera**

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
92%	Calificación Control Interno Contable	98.8%	90.8%
	Informe Auditoría Facturación	80%	
	Informe Auditoría Cartera	90%	

De 17 actividades contempladas en el Plan de Acción del proceso financiero, se dio cumplimiento a 13 actividades, una se cumplió parcialmente como el equilibrio presupuestal con recaudo y no se cumplió la actividad de Adquisición e implementación del módulo de glosas de CNT debido a limitaciones presupuestales.

**Aspectos positivos:**

- La entidad cuenta con talento humano idóneo para la ejecución del proceso financiero, quienes conocen y aplican los procedimientos establecidos y concilian mensualmente la información financiera de manera que sea congruente y precisa.
- Se evidencia que desde el subproceso de cartera se adelantan las acciones pertinentes para la adecuada gestión de cartera, frente a circularizaciones, conciliaciones de glosas, participación en mesas de saneamiento de cartera y aclaración de cuentas y seguimiento a compromisos adquiridos.
- Se resalta la articulación de los subprocesos financieros como Cartera, Facturación y Glosas, Tesorería con el proceso Jurídico, lo que permite soportar adecuada y oportunamente las objeciones a la facturación realizadas por las diferentes entidades responsables de pago ERP.

Recomendaciones para la mejora:

- Realizar la valuación de los activos de la entidad con el fin de actualizar la información financiera.
- Implementar el proceso de costos de producción en la entidad.
- Actualizar los equipos de cómputo asignados al proceso de facturación y parametrizar el sistema de información CNT de manera que cumplan las condiciones para la elaboración de la facturación electrónica.
- Continuar con el monitoreo permanente del subproceso de facturación (ingresos abiertos, facturación anulada, factura de contado sin factura a crédito, facturas devueltas) y seguimiento a la oportuna radicación de cuentas, respuesta a glosas y devoluciones, que contribuya al adecuado reconocimiento por parte de las EAPB de las cuentas por los servicios prestados.

**4.6 Sistemas de Información**

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
93%	Cumplimiento Índice de Transparencia	35	72.75%
	Calificación Auditoria de Control Interno	70	

**Aspectos positivos:**

- Se dio cumplimiento a la presentación de informes a los diferentes entes de control
- Se cuentan con avances de mejora como resultado de la auditoria al sistema de información

Recomendaciones para la mejora

- Se logró un avance significativo en el cumplimiento de requisitos de transparencia activa de la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública.
- Identificar las necesidades de hardware, software y de información por procesos y a partir de ello realizar el análisis de la situación actual frente a la gestión TI en el PETI.
- Diseñar de acuerdo con el análisis de la situación actual la estrategia TI, con su respectivo plan de implementación que incluya mapa de ruta de los proyectos, plan anual de mantenimiento TI, presupuesto, indicadores y esquema de soporte.
- Realizar evaluación periódica de la adherencia a las Políticas de Seguridad Informática por parte del cliente interno, dando a conocer resultados en el Comité de Gestión y Desempeño.
- Monitorear los indicadores del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad que permitan evaluar la eficiencia y eficacia del sistema.

**4.7 Gestión Documental**

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
76%	Cumplimiento PINAR	96%	86%

De las 20 actividades contempladas en el Plan de acción del proceso de Gestión documental se cumplieron 16, quedando pendiente la elaboración del sistema integrado de conservación.

**Aspectos positivos:**

- Se realizaron capacitaciones a los responsables de procesos sobre procedimientos de archivo y transferencias documentales.
- Se realizaron transferencias documentales al archivo central.
- Aprobación de las tablas de retención documental por parte del Consejo Departamental de Archivo.

**Recomendaciones para la mejora:**

- Elaborar el diagnóstico integral de archivos
- Documentar e implementar el Sistema Integrado de Conservación de Archivos
- Realizar seguimiento al PINAR
- Realizar seguimiento a la respuesta oportuna de los derechos de petición

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
100%	Requerimientos entregados dentro de los 5 días siguientes a la solicitud	97%	98.5%

**Aspectos positivos:**

- Se realizan los inventarios de activos de forma periódica.
- Se atendieron oportunamente las requisiciones realizadas por los responsables de procesos de la entidad.
- Seguimiento continuo al plan anual de adquisiciones.

**Recomendaciones para la mejora:**

- Reportar de manera oportuna las novedades encontradas en los inventarios de activos fijos y realizar las actualizaciones respectivas con el fin de disponer de información confiable que respalden las acciones de control.
- Culminar procedimiento para la baja bienes de la entidad, que cuentan con concepto técnico de baja para su aprobación por parte del comité de bajas.
- Verificar con contabilidad que los activos fijos que han sido de baja del módulo de inventarios sean retirados igualmente del módulo de contabilidad de CNT.
- Presentar informe escrito de los inventarios de almacén y documentar el procedimiento de realización.
- Realizar selección, evaluación y revaluación de proveedores de conformidad con el procedimiento establecido.

#### 4.9 Mantenimiento

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
100%	Porcentaje de ejecución de recursos del presupuesto a mantenimiento (>5%)	95.09%	97.5%

Las 15 actividades programadas en el Plan de Acción del subproceso de mantenimiento fueron cumplidas.

#### Aspectos positivos:

- Se efectuó contrato con ferretería que permita el suministro oportuno de materiales para dar cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo y realizar mantenimiento correctivo de la planta física.
- Se realizó mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y equipo industrial de uso hospitalario.
- Se realizó calibración de equipos biomédicos
- Se dio cumplimiento al envío oportuno de informes a entidades de Inspección, Vigilancia y Control.

#### Recomendaciones para la mejora:

- Priorizar inversiones en infraestructura y dotación de conformidad con el informe de autoevaluación de habilitación presentado por la responsable del proceso de calidad.

#### 4.10 Consulta Externa-Promoción y Prevención

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
88%	Oportunidad en la atención de medicina general (< 3 días)	100%	94%

De las 13 actividades programadas en el Plan de Acción del proceso, se cumplieron 5, no se logró estudio de Costos sobre la implementación de las Rutas de Atención Integral en Salud definiendo todos los recursos necesarios y la parametrización de las plantillas de Historia Clínica acorde con el nuevo modelo de atención en salud (RIAS).

#### Aspectos positivos:

- Se implantaron las Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y en la Ruta materno perinatal
- Se avanzó en la parametrización de las plantillas de Historia Clínica acorde con el nuevo modelo de atención en salud (RIAS).
- Se evidencia adherencia del personal a la guía de Hipertensión Arterial y Crecimiento y Desarrollo.

#### Recomendaciones para la mejora

- Realizar estudio de Costos sobre la implementación de las Rutas de Atención Integral en Salud definiendo todos los recursos necesarios
- Dar cumplimiento al plan de trabajo formulado para la implementación de las Rutas de Atención de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal.
- Culminar la parametrización de las plantillas de Historia Clínica acorde con el nuevo modelo de atención en salud (RIAS).

- Continuar con la capacitación y medición de la adherencia a las Guías de Práctica clínica relacionadas con las primeras causas de morbilidad del servicio ambulatorio

#### 4.11 Odontología

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
100%	Oportunidad en la consulta de odontología (< 5 días)	100%	100%

#### Aspectos positivos:

- Se resalta el cumplimiento total de las actividades programadas (9) en el plan de acción orientadas al cumplimiento de criterios de habilitación del servicio frente a: bioseguridad, esterilización, reúso, guías de atención, Preparación y Recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones

#### Recomendaciones para la mejora

- Continuar con el despliegue de las acciones orientadas el cumplimiento de los requisitos de habilitación exigidos en la Resolución 3100 de 2019.
- Reevaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso.

#### 4.12 Urgencias-Hospitalización

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
87%	Tiempo de espera para la atención en triage II	100%	93.5%

De 10 actividades contempladas en el plan de acción del proceso se logró un cumplimiento global del 87%.

#### Aspectos positivos:

- Se documentaron, socializaron y se midió adherencia del personal a los protocolos de Contingencia por COVID 19
- Se socializaron los Protocolos de Contingencia COVID 19 y se evaluó la adherencia por parte del personal.
- Se realizó verificación mensual de ambulancias, carros de paro y desfibriladores
- Se capacitó el personal médico y de enfermería en las GPC adoptadas en la ESE y que aplican al servicio y se evaluó su adherencia.
- Se avanzó en la implementación de los Componentes del programa de seguridad del paciente.

#### Recomendaciones para la mejora

- Continuar con el despliegue de acciones para el sostenimiento de los requisitos de habilitación exigidos en la Resolución 3100 de 2019.
- Realizar capacitación de acuerdo a las 5 primeras causas de morbilidad
- Reevaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso y la seguridad del paciente.
- Fortalecer la apropiación del Código de integridad y modelo de humanización en el personal que atiende a los usuarios.

#### 4.13 Laboratorio Clínico

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022
86%

De las 11 actividades establecidas en el plan de acción de laboratorio clínico, se cumplieron el 86% de las mismas

#### **Aspectos positivos:**

- Se tiene implementado la reactivovigilancia
- Se presentan al comité de seguridad del paciente los indicadores de seguimiento al Programa.
- Se da cumplimiento a las actividades de prácticas seguras.

#### **Recomendaciones para la mejora**

- Continuar con el despliegue de acciones para el sostenimiento de los requisitos de habilitación exigidos en la Resolución 3100 de 2019.
- Reevaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso y la seguridad del paciente.
- Fortalecer la apropiación del código de integridad y humanización del servicio

#### 4.14 Servicio Farmacéutico

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	
80%	Oportunidad en la entrega de medicamentos	94%	87%

#### **Aspectos positivos:**

- De las 13 actividades programadas en el Plan de Acción se cumplieron 8



- Se realizó evaluación de la adherencia al Procedimiento de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío, distribución, dispensación, devolución
- Se realizó reporte oportuno del informe SISMED al Ministerio de Salud y Protección Social y de la oportunidad en la entrega de medicamentos a las EPS
- Se realizaron reuniones periódicas del Comité de Farmacia y Terapéutica

**Recomendaciones para la mejora:**

- Fortalecer la gestión de inventarios del servicio farmacéutico, de manera que se minimicen las diferencias entre las cantidades registradas en el sistema y lo encontrado físicamente por cada producto existente.
- Parametrizar en el sistema de información CNT el acta de recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos, de manera que se tenga información completa (número de lote y fecha de vencimiento), veraz, oportuna y segura (inmodificable).
- Continuar con la gestión ante la gerencia de la reposición del farmaline, o mínimamente la reparación de las gavetas inferiores que garantice el adecuado almacenamiento y conservación de los medicamentos y dispositivos médicos.
- Conservar evidencias de la ejecución del control de aseo y limpieza en los formatos establecidos por el servicio farmacéutico con la debida supervisión por parte del regente de farmacia.
- Implementar el procedimiento documentado para dar de baja medicamentos vencidos de manera que permita su adecuada disposición final y ajuste en la cuenta contable de inventarios del módulo de contabilidad de CNT.

**4.15 Servicio Información y Atención al Usuario**

RESULTADO AVANCE PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022	RESULTADO MEDICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2022		RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN + INDICADORES)
	INDICADOR	RESULTADO	



Certificado No. SC 5858-1



94%	Porcentaje de Satisfacción de usuarios	92%	93.25%
	Cumplimiento del Plan de Acción de la PPSS	93%	

De las 12 actividades programadas en el Plan de Acción, se cumplieron 10 y dos se cumplieron parcialmente (capacitación en creación del valor público a la asociación de usuarios y el cumplimiento al PPSS).

### **Aspectos positivos:**

-Se realizó evaluación trimestral de la satisfacción de usuarios, cuyo resultado da cumplimiento a los estándares establecidos.

- Se realizó la evaluación de la política de transparencia, participación y servicio al ciudadano

-Se dispone de un archivo físico y digital ordenado para la gestión de PQRS

-Derivar las PQR que vulneren el código de integridad de la entidad al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno con el fin de ser analizadas y definir acciones de control, asimismo derivar al Comité de Seguridad del Paciente aquellas que afecten el atributo de seguridad de la atención.

-Se fortaleció la implementación del manual de prestación de servicios de salud.

### **Recomendaciones para la mejora:**

- Intervenir los principales motivos generadores de PQR como son el trato inadecuado a partir de la difusión y evaluación de la adherencia al código de integridad.
- Fortalecer la implementación del protocolo de atención preferencial en aras de brindar un mejor servicio a los usuarios, dando cumplimiento a los lineamientos normativos y legales.
- Reforzar la implementación de la política de atención al ciudadano de manera articulada con las acciones establecidas en el Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud.

#### 4.2.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- A través del presente informe se puede evidenciar una adecuada gestión de la entidad y el avance y mejoramiento frente a aspectos detectados en evaluaciones anteriores frente a aspectos relacionados con publicación de contratos, gestión financiera, gestión del talento humano, gestión de inventarios.

-Se resalta el gran aporte del Proceso de Planeación a través de la asesoría, acompañamiento y seguimiento periódico a los responsables de los procesos desde la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los diferentes planes institucionales, así como el compromiso gerencial evidenciado en los resultados de la gestión institucional y de cada uno de los procesos.

-Se recomienda retroalimentar a los responsables de los procesos con las recomendaciones que contiene el presente informe, a fin de tenerlas presentes para la planeación de la presente vigencia.

-Fortalecer las acciones de comunicación y retroalimentación periódica de resultados de la gestión institucional y por procesos a través del Comité de Gestión y Desempeño y de los diferentes canales de comunicación disponibles en la entidad.

Atentamente,



**PAULA JIMENA HERNANDEZ ENEMISICA**  
Asesora Control Interno