INFORME EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2025

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. MARCO NORMATIVO
3. OBJETIVO
4. ALCANCE
5. METODOLOGIA
6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con 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 de cada 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”.

En virtud del artículo 6º del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad “Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos”.

Así mismo, según el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, en el cual se identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los roles de las Oficinas de Control Interno y lo establecido en el artículo 9° de la Ley 87 de 1993 por medio del cual es asignada a las Oficinas de Control Interno la actividad de asesorar y evaluar los planes establecidos para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos anualmente, que contribuyan en la implementación de los correctivos necesarios a que haya lugar.

De igual forma, la Circular No. 04 de 2005, expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional la cual indica lo siguiente: “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”.

En este sentido y en cumplimiento a las directrices citadas anteriormente, Control Interno a continuación presenta el informe de la gestión por dependencias, en el que se generaron las recomendaciones dirigidas a la mejora continua del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, a partir del Plan Operativo Anual Institucional publicados en el portal web de la Institución, en los que se describe de manera resumida, el cumplimiento de los resultados obtenidos por cada una de las áreas,

conforme a los proyectos, metas y actividades desarrolladas durante la vigencia 2025.

2. MARCO NORMATIVO

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.

Ley 909 de 2004. Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1083 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Título 21. Sistema Nacional de Control Interno.

Decreto 648 de 2017. Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.

Acuerdo 6176 de 2018 CNCS. Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba y su Anexo técnico.

Circular No. 04 de 2005. Expedida por el presidente del Consejo Asesor del Gobierno Nacional, en la cual se fijan los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias en cumplimiento de la Ley 909 de 2004

3. OBJETIVO

Verificar el cumplimiento y los resultados obtenidos por cada uno de los procesos y áreas de la ESE Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, conforme a los proyectos, metas y actividades desarrolladas durante la vigencia 2025, con el fin de generar recomendaciones que contribuyan a fortalecer la mejora continua en la Entidad.

4. ALCANCE

La evaluación a la gestión adelantada por cada una de las metas establecidas por los procesos y áreas fue realizada conforme a los proyectos definidos en el Plan Operativo Anual Institucional de la vigencia 2025.

5. METODOLOGIA

La metodología aplicada para realizar el ejercicio de la evaluación por cada dependencia de la Entidad corresponde a la sumatoria del avance total de la ejecución de los proyectos planteados para la vigencia 2025 en el Plan Operativo Anual Institucional, que contribuyen con el avance a la ejecución del Plan de Desarrollo 2024-2028, lo que conllevo al resultado y calificación final por Control Interno.

6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

La Oficina de Control Interno, solicitó a las áreas de Planeación y Calidad la información relacionada con el Plan Operativo Anual y Plan de Desarrollo Institucional por cada una de las dependencias y el informe final de cumplimiento de metas con corte a 31 de diciembre de la vigencia 2025.

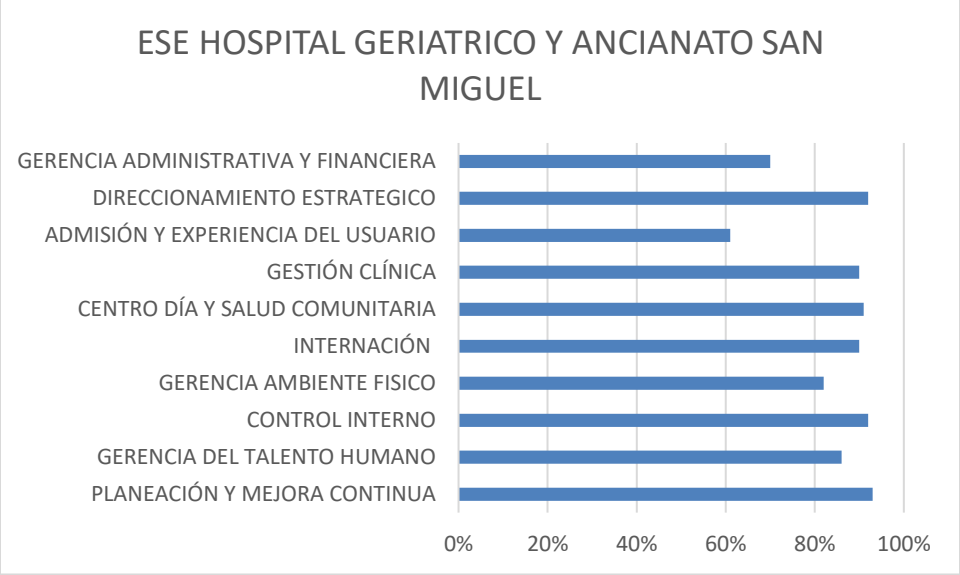
Los Planes de Acción anuales recogen la programación de las actividades establecidas por cada una de las dependencias para lograr el desarrollo de los Compromisos, los programas y los proyectos definidos en el Plan de Desarrollo

Se realiza la verificación al cumplimiento de las actividades relacionadas en el POA institucional por cada dependencia, mediante la revisión de las evidencias

suministradas y adicionalmente teniendo en cuenta las líneas estratégicas del Plan de Desarrollo

- DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
- GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIA
- GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

A continuación, se presenta una gráfica que nos indica el nivel de cumplimiento de cada una de las áreas. (información suministrada por el área de Planeación y calidad).



7. CONCLUSIONES

se observó que, de las áreas que conforman la admisión y experiencia del usuario y gerencia administrativa y financiera d contaron con cumplimientos menores al 80% durante el periodo evaluado.
En algunas áreas de la entidad no fue posible evidencias acciones y registros de control como es el caso de SIAU, donde no aparecen las evidencias de encuestas del tercer trimestre de la vigencia 2025 y en la selección documental 5 Peticiones y/o quejas no las clasificaron de acuerdo al área responsable de dar respuesta.

1. RECOMENDACIONES:

Finalmente, al evidenciar el desempeño y adelanto de acciones que contribuyen con el

cumplimiento de los proyectos y metas estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional *“ 2024-2028 “,* se recomienda lo siguiente:

➢ En cuanto al desarrollo de las actividades que le aportan al cumplimiento de la

gestión de la Entidad y fortalecen el cumplimiento del Plan de Desarrollo

de las área y procesos de la Entidad no fue posible evidenciar acciones de Registro

y Control, como es el caso de SIAU (evidencias de encuestas y reporte de responsable de respuestas).
Se identificaron oportunidades de mejora en el diseño y puesta en marcha de

mecanismos de control por cada área, en el planteamiento de metas y

objetivos que durante la vigencia no se ejecutaron, riesgos que se recomiendan

incluir dentro del plan y tratamiento de riesgos, con el fin de prevenir una posible

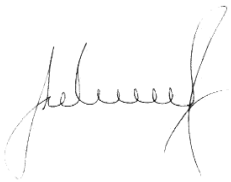
materialización que afecte el logro de los objetivos institucionales.

➢ Adelantar las acciones requeridas que contribuyan con el cumplimiento de las metas

Estratégicas
En general las diferentes Dependencias, demostraron una gestión satisfactoria durante la vigencia del 2025, sin embargo, en algunas de ellas se debe fortalecer las acciones para lograr cumplir la meta establecida en los indicadores, entendiendo que un **porcentaje de avance por debajo del 85%** es un resultado ACEPTABLE y disminuye los índices de cumplimiento del Plan de Desarrollo.

Divulgar ante los grupos de trabajo de las dependencias los resultados, con el fin de hacer revisión de aquellas actividades que no pudieron cumplir las metas del plan de acción.

Se requiere incluir plan de mejora e inclusión en POA de la Vigencia 2026 los incumplimientos evidenciados en la evaluación para tener un enfoque preventivo y lograr el 100% en todas las actividades.



JULIAN ANDRES LATORRE HERRADA
Jefe de Oficina de Control Interno