

San José del Guaviare, 22 de enero de 2024

100-102-007-2024

Jefe

OVEIDA PARRA NOVOA

Gerente

E.S.E Hospital San José del Guaviare

Asunto: Resultado Plan de Acción - Evaluación por áreas IV trimestre vigencia 2023.

Jefe Oveida, reciba un cordial saludo.

De conformidad a la Ley 909 de 2004, adjunto evaluación del Plan de Acción por Áreas correspondiente al IV trimestre de la vigencia 2023, de las actividades propuestas a realizar dentro del plan de acción "EL HOSPITAL A SU SERVICIO", se evaluaron un total de 194 actividades.

Cabe resaltar que para la vigencia evaluada se adoptó mediante Resolución N° 0075 de fecha 31 de enero de 2023 el Plan de Acción Institucional para la actual vigencia, y Resolución N° 817 de 04 de octubre de 2021 el Plan de Gestión "El Hospital a Su Servicio", 2021 - 2023.

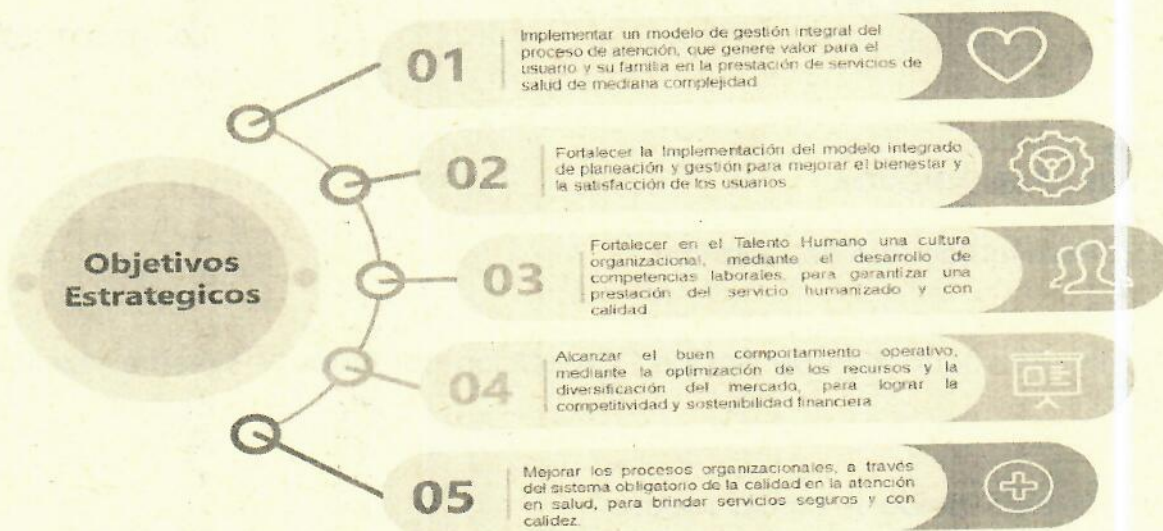
Para la evaluación del plan de acción se definieron las desviaciones de las metas planteadas se vio la necesidad de ajustar las metas y actividades aprobadas en el Comité de Gestión y Desempeño teniendo en cuenta el producto de mejora continua, los cuales fueron publicados en software Almera, a fin de reducir incumplimientos.

Los líderes y el equipo de trabajo realizaron su autoevaluación y cargue de evidencias en el Software, posteriormente el Área de Planeación validó la información cargada y la evaluación se realizó de manera trimestral por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión, y presentada al Comité de Coordinación de Control Interno.

La entidad cuenta con cinco objetivos estratégicos, así:

"El Hospital A Su Servicio"





Teniendo en cuenta el Plan de Gestión "El Hospital a su Servicio 2020 - 2023, realizó el seguimiento y evaluación al Plan de Acción de la vigencia 2023, el cual arrojó el siguiente porcentaje de cumplimiento en cada uno de sus cinco objetivos.

Tabla N° 01. Evaluación Objetivos Plan de Acción

EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023	
Objetivo 1. Implementar un modelo de gestión integral del proceso de atención, que genere valor para el usuario y su familia en la prestación de servicios de salud de mediana complejidad.	99%
Objetivo 2. Fortalecer la implementación del modelo integrado de planeación y gestión para mejorar el bienestar y la satisfacción de los usuarios.	93%
Objetivo 3. Fortalecer en el Talento Humano una cultura organizacional, mediante el desarrollo de competencias laborales, para garantizar una prestación del servicio humanizado y con calidad.	91%
Objetivo 4. Alcanzar el buen comportamiento operativo, mediante la optimización de los recursos y la diversificación del mercado, para lograr la competitividad y sostenibilidad financiera.	98%
Objetivo 5. Mejorar los procesos organizacionales, a través del sistema obligatorio de la calidad en la atención en salud, para brindar servicios seguros y con calidez.	97%
Índice de Cumplimiento General 2023	96%

"El Hospital A Su Servicio"



De acuerdo a los cinco objetivos del Plan de Gestión, cerraron su gestión en un nivel de cumplimiento del 96%; donde el Objetivo N° 1. sobre de la implementación de un modelo integral en el proceso de atención de servicios de salud, se dio en un 99%; este resultado se vio reflejado en la mejora de oportunidad de atención en servicio de urgencias, reorganización de servicios tratamiento y rehabilitación, aumento de atención basa guías de atención y formulación de indicadores por servicios.

Seguidamente el Objetivo No 4. Alcanzar el buen comportamiento operativo, mediante la optimización de los recursos y la diversificación del mercado, para lograr la competitividad y sostenibilidad financiera, se dio un cumplimiento de 98%, procesos que hacen parte importe como la gestión de cartera, facturación y ejecución del presupuesto.

En tercer lugar, el objetivo No 5. Mejorar los procesos organizacionales, a través del sistema obligatorio de la calidad en la atención en salud, con un cumplimiento de 97%, objetivo que busca la acreditación institucional, para la vigencia evaluada la institución logra obtener una calificación en los grupos de estándares de acreditación de salud, en su autoevaluación en la vigencia 2022 obtuvo un puntaje de 2.2, en la vigencia 2023 su puntaje fue de 2.4. y la mejora continua presenta un cumplimiento del 95%.

El objetivo No 2. Fortalecer la Implementación del modelo integrado de planeación y gestión, con un cumplimiento de 93%; cabe resaltar que durante la vigencia la entidad en el desempeño institucional obtuvo un aumento de puntaje de 20.24, comparado entre la vigencia 2021- 2022.

Objetivo 3. Fortalecer en el Talento Humano una cultura organizacional, proceso logró cerrar en nivel satisfactorio, dado a la realización de las metas establecidas en el Plan Estratégico de Talento Humano.

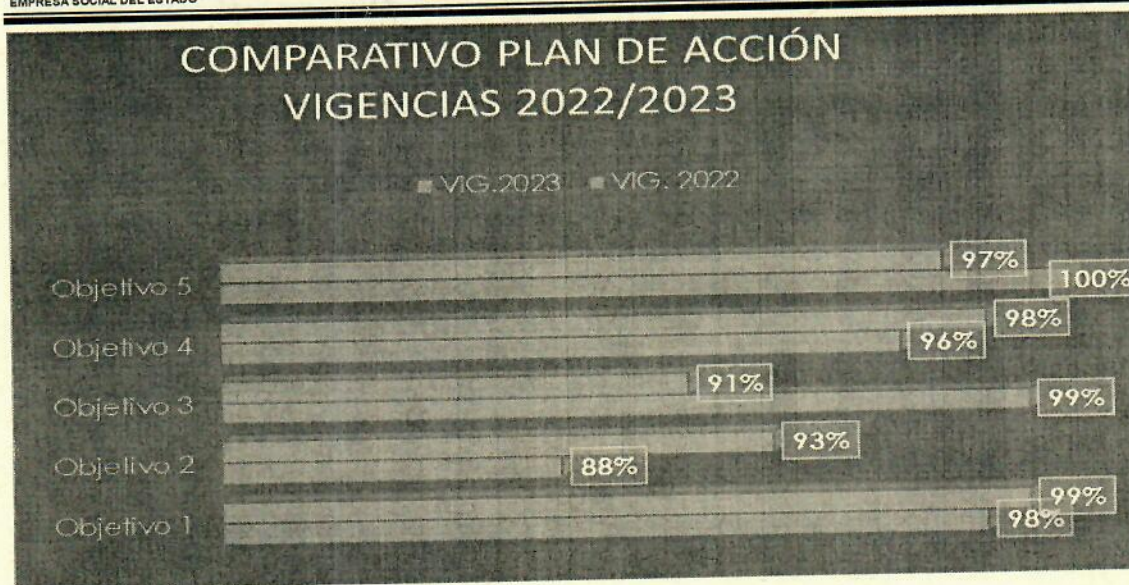
En la presente medición ningún proceso se ubicó en un nivel de cumplimiento medio, bajo o crítico.

Comparativo vigencias 2022 – 2023

A continuación, se relaciona la comparación de Plan de Acción de las vigencias 2022 y 2023, bajo el plan estratégico "El Hospital a su Servicio 2020 - 2023"

"El Hospital A Su Servicio"





En la anterior, gráfica se observa los porcentajes totales de cada objetivo, realizando una comparación entre las vigencias 2022 y 2023 de acuerdo al cumplimiento y desarrollo de las actividades del Plan de Acción Institucional.

La siguiente tabla refleja el número de actividades correspondiente a cada área y a su vez el número de actividades de acuerdo a su cumplimiento durante la vigencia, así:

ITEM	PROCESO	OBJ 1	OBJ 2	OBJ 3	OBJ 4	OBJ 5	TOTAL DE ACT.	ACT CUMPLIDAS AL 100%	ACT CON CUMPLIMIENTO MENOR AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO DE ACT
1	Almacén y Activos Fijos	2	1		5		8	6	2	75%
2	Auditoría Concurrente				3		3	3	0	100%
3	Auditoría de Cuentas de Médicas				2		2	2	0	100%
4	Calidad	11	6			6	23	21	2	91%
5	Cartera	3			6		9	9	0	100%
6	CIG		3				3	3	0	100%
7	Cirugía	7					7	7	0	100%
8	Comunicación (Planeación)		6				6	6	0	100%
9	Consulta Externa	4					4	4	0	100%

"El Hospital A Su Servicio"



ITEM	PROCESO	OBJ 1	OBJ 2	OBJ 3	OBJ 4	OBJ 5	TOTAL DE ACT.	ACT CUMPLIDAS AL 100%	ACT CON CUMPLIMIENTO MENOR AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO DE ACT
10	Contabilidad	2			3		5	5	0	100%
11	Coordinación de Enfermería	4			1		5	5	0	100%
12	Coordinación Médica	10			1		11	11	0	100%
13	Costos				3		3	3	0	100%
14	Epidemiología	1					1	1	0	100%
15	Estadística (Planeación)	2	4				6	5	1	83%
16	Facturación	3			6		9	9	0	100%
17	Gestión Ambiental					3	3	3	0	100%
18	Gestión Biomédica	1			3		4	4	0	100%
19	Gestión Documental (Planeación)	1	3				4	4	0	100%
20	Gobierno Digital (Planeación)		3				3	3	0	100%
22	Jurídica	2	2		1		5	4	1	80%
23	Laboratorio Clínico	8					8	8	0	100%
24	Mantenimiento Hospitalario	1			3		4	4	0	100%
25	Mercadeo (Planeación)		3				3	3	0	100%
26	Planeación		11		2		13	13	0	100%
27	Presupuesto	1	2		3		6	4	2	67%
28	Referencia y Contrareferencia	9					9	9	0	100%
29	Seguridad y Salud en el Trabajo		1	5			6	6	0	100%
30	SIAU	1	3				4	4	0	100%
31	Subgerencia Servicio Salud	1	1				2	2	0	100%
32	Talento Humano	3	9	5			17	17	0	100%
33	Tecnología e Informática	2	3		3		8	8	0	100%
34	Terapia Física, Respiratoria e Imagenología	5					5	5	0	100%

"El Hospital A Su Servicio"





HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

EL HOSPITAL A SU SERVICIO

Código de prestador

95 001 0000101

Nit - 832001966-2

Oficina de Control Interno de Gestión

ITEM	PROCESO	OBJ 1	OBJ 2	OBJ 3	OBJ 4	OBJ 5	TOTAL DE ACT.	ACT CUMPLIDAS AL 100%	ACT CON CUMPLIMIENTO MENOR AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO DE ACT
35	Tesorería	2			4		6	6	0	100%

Se evidencia que los procesos que dieron el 100% de cumplimiento a las actividades fueron: Auditoría Concurrente, Auditoría de Cuentas de Médicas, Cartera, CIG, cirugía, planeación Consulta Externa, Contabilidad, Coordinación de enfermería, Coordinación médica, Gestión ambiental, Laboratorio Clínico, Mantenimiento Hospitalario, Referencia y Contrareferencia, Tecnología, Seguridad y Salud en el Trabajo, SIAU, talento Humano, Terapia Física y Tesorería.

Comparativo vigencias 2021 a 2023.

Se realiza un comparativo entre las vigencias 2021 – 2022 – 2023 del cumplimiento del Plan de Acción, encontrándose que no hay mayor variación entre las vigencias, así:



De acuerdo con la evaluación obtenida en el Plan de Acción institucional para la vigencia 2021 y 2022, se puede observar que la variación porcentual corresponde al uno por ciento (1%) de disminución, esto debido a la implementación y estructuración de actividades del modelo de atención, así como la aplicación y formulación de planes de mejoramiento orientados en el programa de humanización de la ESE. Hospital San José del Guaviare. Así mismo, de la vigencia 2022 a la 2023, no hubo variación en el porcentaje de cumplimiento en las actividades del Plan de Acción.

Se resalta el esfuerzo de los líderes de procesos y sus equipos de trabajo que lograron al cierre de la vigencia 2023, mantener el nivel de cumplimiento alto,

"El Hospital A Su Servicio"



tales como: Servicios de Salud, Calidad, Consulta Externa, Referencia y Contrareferencia,

Por último, se concluye que el resultado obtenido para la vigencia 2023 en cuanto al cumplimiento del Plan de Acción fue del noventa y seis por ciento (96%).

Recomendaciones

A los Líderes de procesos, se recomienda analizar si las metas que no se lograron o registran un cumplimiento parcial, dependen de factores externos, de acciones y/o voluntad de actores diferentes a los responsables del proceso, fallas en la interpretación de las metas o recursos insuficientes, con el fin de determinar un indicador apropiado o por el contrario se necesita replantear; debido a que deben continuar en la vigencia actual y lograr un cumplimiento del 100%.

Mejorar la forma como se establecen las actividades, metas, indicadores, responsables, evidencias, de las cuales generen resultado que refleje la eficiencia, eficacia y efectividad de la entidad; ejercicio útil para tomar acciones o decisiones que impulsen la optimización o mejora de los procedimientos y por ende la interrelación entre procesos.

Efectuar un adecuado seguimiento y monitoreo mensual a las metas del plan de acción para garantizar que se tomen acciones anticipadas frente a desvíos involuntarios.

En el acto administrativo de adopción de Plan de acción, se requiere un articulado para establecer criterios de evaluación (Cuantitativa y Cualitativa) a través de porcentajes de ejecución las cuales se promediarán para calcular el porcentaje de cumplimiento sobre la gestión de resultados señalados por colores.

Atentamente,



LUCEDY TRUJILLO LAZO

Jefe Oficina de Control Interno de Gestión

Proyectó y Digitó: Catherine Gallo Vélez/ Profesional de apoyo Oficina Control Interno de Gestión
Revisó y Aprobó: Lucedy Trujillo Lazo/ Jefe Oficina Control Interno de Gestión

"El Hospital A Su Servicio"



