



**INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
VIGENCIA 2022**

**GLORIA PATRICIA ISAZA ORDUZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN**

**ADOLFO MARULANDA CALLE
NATALIA RENDON TRUJILLO
PROFESIONALES ESPECIALIZADOS**

Febrero 2023



Alcaldía de Medellín

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN.....	3
2. GENERALIDADES.....	4
2.1 Objetivo General:.....	4
2.2 Alcance:	4
2.3 Criterios:	5
3. METODOLOGÍA	5
3.1 Instrumento a utilizar:	6
4. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	7
5. CONCLUSIONES GENERALES	25
6. ANEXOS.....	26

1. PRESENTACIÓN

De acuerdo a lo establecido en la Ley 909 de 2004, la Circular 04 de 2005 del departamento Administrativo de la Función Pública, el Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil y su anexo Técnico, es responsabilidad de las Oficinas de Control Interno realizar anualmente la evaluación de las dependencias con el objetivo de verificar el aporte de estas al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, "para tal fin, es conveniente señalar que el análisis de la gestión de cada área de la organización deberá basarse en la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional"¹.

"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"².

En consideración a lo anterior y dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente la Oficina de Control Interno de la ESE Metrosalud presenta el informe de Evaluación por Dependencias correspondiente a la vigencia 2022, para lo cual y de acuerdo a las experiencias de años anteriores y teniendo en cuenta las actuales necesidades institucionales definió como objetivo y alcance de la evaluación los indicadores del Comité de Prestación de Servicios, los trazadores de los procesos de apoyo de la Gestión Financiera y de la Gestión de Bienes y Servicios; la revisión realizada se basó en la información registrada en el aplicativo Almera de acuerdo a lo definido en el Manual Para la Construcción de Indicadores PE02MA45, con el cual se busca unificar el diseño, el monitoreo, la interpretación y el análisis de los indicadores, permitiendo así la toma oportuna de decisiones y el logro de los objetivos institucionales.

El presente informe busca aportar al mejoramiento de los procesos institucionales y generar el fortalecimiento de la gestión por resultados como una estrategia de garantizar nuestro propósito superior de Procurar bienestar para las personas, sus familias y la comunidad.

¹ CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL. Circular 04 de 2005.

² Ídem.

2. GENERALIDADES

Para la evaluación a la gestión por dependencia de la vigencia 2022 la oficina de Control Interno y Evaluación reviso dentro de su plan de trabajo:

- a. El Plan de Desarrollo Institucional 2021-2025.
- b. Los resultados de la evaluación del Plan de Acción de la vigencia 2022 – Corte al tercer trimestre.
- c. El aplicativo Almera y de manera especial el módulo de indicadores por proceso y el cuadro de mando.
- d. El Manual Para la Construcción de Indicadores PE02MA45.
- e. Informes de Evaluaciones por Dependencias vigencias anteriores generadas por la Oficina de Control Interno y Evaluación.

2.1 Objetivo General:

Evaluar la gestión de las dependencias de la ESE Metrosalud en la vigencia 2022 (indicadores del Comité de Prestación de Servicios, los trazadores de los procesos de apoyo de la Gestión Financiera y de la Gestión de Bienes y Servicios), evidenciando el nivel de cumplimiento de las metas establecidas en los indicadores de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos y el comportamiento por UPSS.

2.2 Alcance:

El alcance definido para la evaluación de la Gestión por Dependencias de la vigencia 2022 fueron los resultados de los indicadores del Comité de Prestación de Servicios, los trazadores de los procesos de apoyo de la Gestión Financiera y de la Gestión de Bienes y Servicios, la fuente de información para el informe fue la diligenciada por los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo en el aplicativo Almera; adicionalmente se presentara el nivel de cumplimiento de las metas establecidas en los indicadores de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos en cada UPSS de la ESE.

2.3 Criterios:

- a. 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.
- b. Circular 04 de 2005 del departamento Administrativo de la Función Pública, la cual define la Evaluación Institucional por Dependencias en Cumplimiento de la Ley 909 de 2004.
- c. El Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil y su anexo Técnico.
- d. El Manual Para la Construcción de Indicadores PE02MA45.
- e. Información de los Indicadores asociados a la evaluación y su registro en el aplicativo Almera en el módulo de indicadores.

3. METODOLOGÍA

Para la Evaluación de la Gestión por Dependencias de la vigencia 2022 se planteó de acuerdo a las experiencias de años anteriores y teniendo en cuenta las actuales necesidades institucionales, definir como objetivo y alcance de la evaluación los indicadores del Comité de Prestación de Servicios, los trazadores de los procesos de apoyo de la Gestión Financiera y de la Gestión de Bienes y Servicios, con el fin dar cumplimiento se asignó un equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno buscando establecer desde su rol evaluador el grado de cumplimiento de las metas de los indicadores, la periodicidad del registro, el análisis realizado a los resultados y las acciones de mejora definidas cuando no se cumplan las metas de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos.

La fuente de información tomada para el análisis fue la registrada en el aplicativo Almera y de manera especial la del módulo de gestión de indicadores, la cual de acuerdo al Manual Institucional para la Construcción de Indicadores hace referencia a la medición de los resultados para evaluar la gestión de los procesos institucionales.

Se revisaron aproximadamente 200 indicadores con sus respectivos resultados, fichas técnicas y demás datos relacionados en el módulo de Almera, para lo cual el equipo de trabajo y basado en el instrumento definido por la Función Pública genero una herramienta que permitió diligenciar la información de manera organizada, con su respectivo análisis, variaciones comparativas, el concepto del auditor y las recomendaciones entre otras variables, además que permite visualizar de manera resumida el comportamiento de los indicadores, la gestión de los procesos y de manera especial para este año el cumplimiento de las meta de indicadores por cada UPSS .

Finalmente y como resultado del ejercicio se genera un informe aprobado por la Jefe de Oficina de Control Interno y Evaluación, el cual va acompañado de un anexo con el detalle de la evaluación realizada por el equipo auditor en esta vigencia; los datos y demás información se presentan en cuadros, tablas con su respectivo análisis, lo cual facilita su lectura y comprensión.

La calificación del desempeño definida para las dependencias evaluadas, basada en el cumplimiento de las metas de los indicadores analizados estará definida por la siguiente clasificación:

SOBRESALIENTE	Mayor o igual a 80%
SATISFACTORIO	Mayor o igual a 60% - Menor a 80%
NO SATISFACTORIO	Menor de 60%


Con el presente documento se busca por parte de la Oficina de Control Interno y Evaluación cumplir con la normatividad vigente, además de aportar al mejoramiento de los procesos y de manera especial a la gestión por resultados en cada UPSS de la red.

3.1 Instrumento a utilizar:

Para la realización del informe se utilizan:

a. El Instructivo de diligenciamiento y el Formato de Evaluación de Gestión por Dependencia por la Oficina De Control Interno definido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.




CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL
FORMATO
EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD:		2. DEPENDENCIA A EVALUAR:	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL:		5. MEDICION DE COMPROMISOS:	
OBJETIVO INSTITUCIONAL:	INDICADOR:	5.1. RESULTADO (%):	5.2. RESULTADOS:
			5.3. ANALISIS DEL RESULTADO:
6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
8. FECHA:			
9. FIRMA:			

b. Herramienta creada por el equipo auditor de la Oficina De Control Interno y Evaluación, la cual adapta las variables establecidas para realizar la Evaluación por Dependencias en la ESE para la vigencia 2022.

TABLERO DE CONTROL - INDICADORES									
EVALUACION DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS									
OFICINA DE CONTROL INTERNO									
ESE METROSALUD									
FECHA DE EVALUACIÓN									
RESPONSABLE DE LA EVALUACION									
DEPENDENCIA A EVALUAR /PROCESO /UPSS	INDICADOR	OBJETIVO	RESULTADO 2022	META	RESULTADO 2021	VARIACION COMPARATIVA	ANALISIS DE RESULTADO	EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

4. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1. Indicadores Comité Prestación de Servicios:

a. Dependencias a Evaluar: Oficina de Salud Pública y Gestión Territorial - Subgerencia de Red de Servicios – Unidades Prestadoras de Servicios de Salud UPSS – Gestión de la Evaluación.

b. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:

ESTRATEGIA 1: DESARROLLO DEL MODELO DE PSS (PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD).

Objetivo Estratégico: Consolidar el modelo de prestación de servicios de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS), con servicios humanizados, accesibles y seguros que aporten a la calidad de vida y el bienestar de las personas, que garantice atenciones integrales y de alta calidad, para aportar a una Medellín más equitativa.

Meta Estratégica: Al 2025 Metrosalud tendrá consolidado su Modelo de prestación de servicios de salud en el 100% de las UPSS.

c. Compromisos Asociados al cumplimiento del Objetivo Institucional:

Ruta Estratégica 3 – Gestión de la Red

Meta Ruta Estratégica 3: Al 2025 Metrosalud ofrecerá a nuestros usuarios una red integrada y con seguimiento permanente en términos de disponibilidad, suficiencia y completitud para la atención con componentes primarios y complementarios; facilitando el acceso efectivo con calidad.

Iniciativas Estratégicas: Gestión de la Red Interna - Participación de la Red Integrada de Servicios de Salud.

d. Medición de Compromisos:

Se adjunta a este informe el archivo denominado **Tablero de Control de Indicadores**, instrumento como se mencionó anteriormente fue creado por el equipo de la Oficina de Control Interno y Evaluación, el cual presenta de manera ordenada los indicadores evaluados a nivel de la ESE (**tablero general**) y por UPSS (**tablero por UPSS**), además de los resultados comparativos por vigencias y su respectivo análisis detallado; las variables establecidas aplican para dar cumplimiento a la Evaluación por Dependencias en la ESE para la vigencia 2022.

e. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la Dependencia:

Se cuenta con un total de **veinte (20)** indicadores de acuerdo a lo definido en el cuadro de mando del aplicativo Almera para la ESE (la medición corresponde a la sumatoria de los resultados de cada UPSS en el año evaluado); para efectos de la evaluación se revisaron los veinte del comité y cada uno de estos por UPSS (total **diez** UPSS), lo que arrojan un promedio de 200 indicadores evaluados y analizados, los cuales se presentan a continuación:

Tabla 1. Listado de los indicadores Comité Prestación de Servicios por dependencia y proceso.

DEPENDENCIA A EVALUAR / PROCESO	INDICADOR
GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN TERRITORIAL	ÍNDICE COMBINADO DE SATISFACCIÓN METROSALUD
GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN TERRITORIAL	PROPORCIÓN DE USUARIOS SATISFECHOS CON LOS SERVICIOS DE LA IPS METROSALUD
GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN TERRITORIAL	PROPORCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS RESUELTAS ANTES DE 10 DÍAS HÁBILES METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS /PROCESO DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	TASA DE REINGRESOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS /PROCESO DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	PORCENTAJE OCUPACIONAL METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS /PROCESO DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	PROMEDIO DÍAS DE ESTANCIA METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS /PROCESO DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	GIRO CAMA METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS /PROCESO DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	OPORTUNIDAD DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS/PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) UH METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS/PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS/PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (OBSTETRICIA) METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS/PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MÉDICA GENERAL METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS/PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA) METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS/ PROCESO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS	TIEMPO DE ESPERA CONSULTA DE URGENCIAS PRIORIDAD II - OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA DE URGENCIAS (TRIAGE II)_ ETROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS/ATENCIÓN QUIRURGICA	PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA METROSALUD
SUBGERENCIA DE RED DE SERVICIOS/ATENCIÓN QUIRURGICA	TIEMPO DE ESPERA (OPORTUNIDAD) EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA UH BELÉN
GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA ESTRICTA A GUÍAS GENERAL METROSALUD
GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR CRITERIOS GENERAL METROSALUD
GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A CRITERIOS DE DILIGENCIAMIENTO DE HC METROSALUD
GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A CRITERIOS DE PERTINENCIA HISTORIA CLÍNICA METROSALUD

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando

Tabla 2. Listado de UPSS (Unidades de Prestación de Servicios de Salud).

UPSS
BUENOS AIRES
SANTA CRUZ
BELEN
CASTILLA
MANRIQUE
NUEVO OCCIDENTE
SAN CRISTOBAL
SAN ANTONIO
DOCE DE OCTUBRE
SAN JAVIER

Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

Del total de indicadores veinte (20), el porcentaje de cumplimiento de metas se encuentra en la ESE en un **40%** (ocho indicadores); no cumplen metas **el 50%** (10 indicadores) y un **10%** (2 indicadores) no tienen medición en el periodo evaluado.

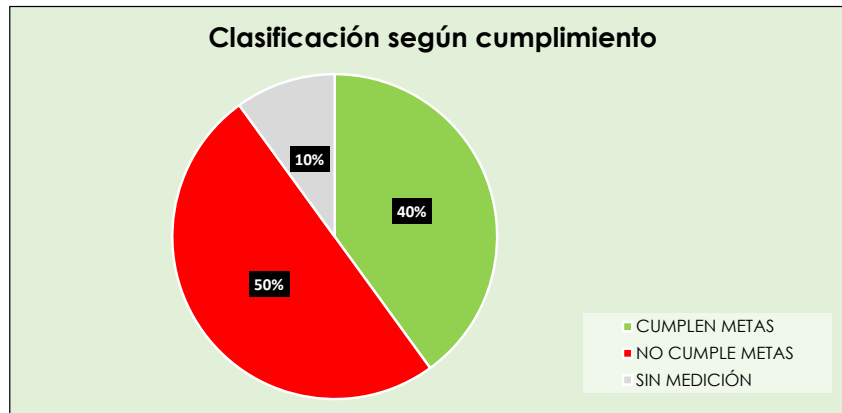
En la siguiente tabla y grafica se cuantifican el cumplimiento de las metas de acuerdo a lo presentado anteriormente.

Tabla 3. Clasificación según cumplimiento

CLASIFICACIÓN CUMPLIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
CUMPLEN METAS	8	40%
NO CUMPLE METAS	10	50%
SIN MEDICIÓN	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Grafica 1. Clasificación según cumplimiento



Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Tabla 4. Indicadores con cumplimiento de metas vigencia 2022

	INDICADOR	RESULTADO 2022	META
1	PROPORCIÓN DE USUARIOS SATISFECHOS CON LOS SERVICIOS DE LA IPS METROSALUD	95,3%	95%
2	TASA DE REINGRESOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS METROSALUD	6,75	MENOR de 20 reingresos por cada 1000 egresos.
3	OPORTUNIDAD DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS METROSALUD	1. 2 Horas	Menos de 4 horas
4	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL METROSALUD	2,6 días	3 días
5	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MÉDICA GENERAL METROSALUD	2,5 días	3 días
6	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA) METROSALUD	11,8 días	Menos de 15 días
7	TIEMPO DE ESPERA CONSULTA DE URGENCIAS PRIORIDAD II - OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA DE URGENCIAS (TRIAGE II)_ ETROSALUD	27 Minutos	30 Minutos
8	TIEMPO DE ESPERA (OPORTUNIDAD) EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA UH BELÉN	9,3 días	30 días

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Tabla 5. Indicadores sin cumplimiento de metas vigencia 2022

	INDICADOR	RESULTADO 2022	META
1	ÍNDICE COMBINADO DE SATISFACCIÓN METROSALUD	5,5	7,00
2	PROPORCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS RESUELTAS ANTES DE 10 DÍAS HÁBILES METROSALUD	92,3%	100%
3	PORCENTAJE OCUPACIONAL METROSALUD	83,3%	Mayor o igual a 90%
4	PROMEDIO DÍAS DE ESTANCIA METROSALUD	4,5 días	3,5 días
5	GIRO CAMA METROSALUD	5,6 días	7,5 días
6	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) UH METROSALUD	5,5 días	5 días
7	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (OBSTETRICIA) METROSALUD	8,5 días	5 días
8	PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA METROSALUD	5,2%	Menos de 3%
9	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A CRITERIOS DE DILIGENCIAMIENTO DE HC METROSALUD	82,9%	95%
10	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A CRITERIOS DE PERTINENCIA HISTORIA CLÍNICA METROSALUD	94%	95%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Tabla 6. Indicadores sin medición vigencia 2022

	INDICADOR	RESULTADO 2022	META
1	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA ESTRICTA A GUÍAS GENERAL METROSALUD	SIN MEDICIÓN	Mayor o igual a 80%
2	PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR CRITERIOS GENERAL METROSALUD	SIN MEDICIÓN	Mayor o igual a 95%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo

Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

Al determinar la variación comparativa de los indicadores en los periodos 2021 y 2022, se evidencia que el **55%** presentaron **variación positiva** (once indicadores), el **35% variación negativa** (siete). Los porcentajes restantes corresponden al **5%**, un indicador (1) que no presento variación, el otro **5%**, un indicador (1) que no fue posible la comparación ya que en año 2021 no reporta información.

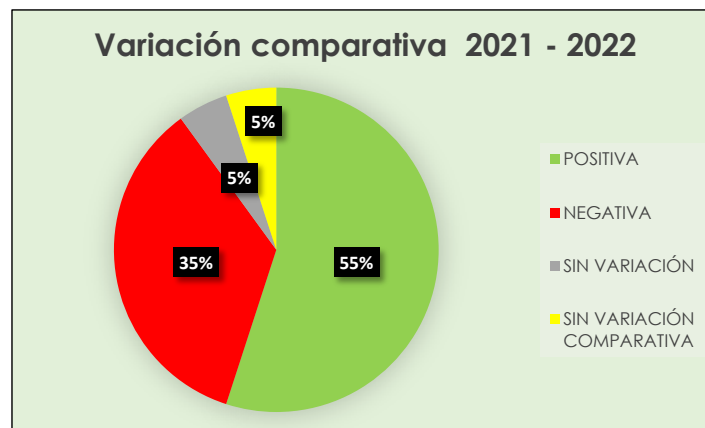
A continuación la tabla y la gráfica representan las variaciones de los indicadores en los periodos evaluados:

Tabla 7. Variación comparativa indicadores año 2021 y 2022

VARIACIÓN COMPARATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
POSITIVA	11	55%
NEGATIVA	7	35%
SIN VARIACIÓN	1	5%
SIN VARIACIÓN COMPARATIVA	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Gráfica 2. Variación comparativa indicadores año 2021 y 2022



Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

A nivel de las UPSS, en total diez (10) evaluadas, se presentan las siguientes novedades de acuerdo a la siguiente tabla y grafico comparativo:

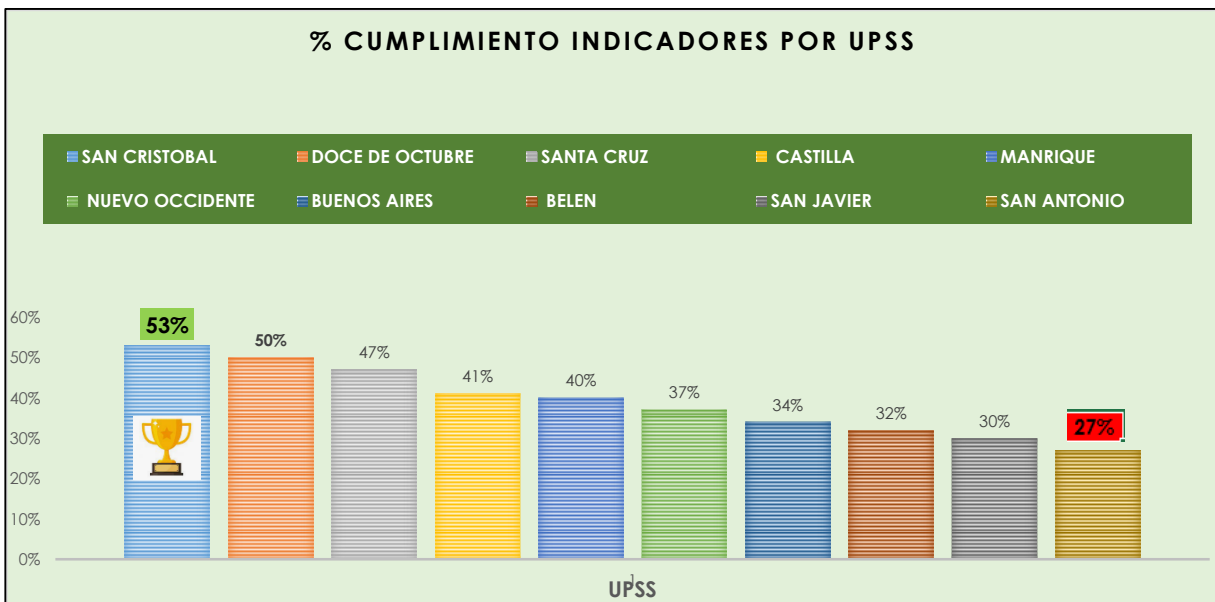
Es importante aclarar que el cálculo de cumplimiento general de la ESE y de cada una de las UPSS se realizó de acuerdo al número real de indicadores que aplicaban para la medición.

Tabla 8. Clasificación según porcentaje de cumplimiento de metas de indicador por UPSS – Vigencia 2022

	UPSS	CUMPLEN METAS	NO CUMPLE METAS	SIN MEDICIÓN	NO SE PRESTA EL SERVICIO	TOTAL PARA CALCULO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
1	SAN CRISTOBAL	8	5	2	4	15	53%
2	DOCE DE OCTUBRE	8	6	2	3	16	50%
3	SANTA CRUZ	7	6	2	4	15	47%
4	CASTILLA	7	8	2	2	17	41%
5	MANRIQUE	6	7	2	4	15	40%
6	NUEVO OCCIDENTE	6	8	2	3	16	37%
7	BUENOS AIRES	3	4	2	10	9	34%
8	BELEN	6	11	2		19	32%
9	SAN JAVIER	5	10	2	2	17	30%
10	SAN ANTONIO	4	9	2	4	15	27%
	TOTAL	60	74	20	36	154	39%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Grafica 3. Clasificación según porcentaje de cumplimiento de metas de indicador por UPSS – Vigencia 2022



Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Se evidencia posterior a la aplicación del instrumento creado y del análisis de la información obtenida del aplicativo Almera, un **MAYOR** nivel de cumplimiento de las metas de los indicadores por UPSS en **SAN CRISTOBAL**, con porcentaje del **53%**, seguido del Doce de Octubre con un **50%** de cumplimiento. Los niveles más bajo corresponden a las UPSS de San Antonio con un porcentaje del **27%**, seguido de San Javier con un **30%**; el promedio general de cumplimiento de indicadores por UPSS fue del **39%**.

De acuerdo con los resultados obtenidos y presentados en este informe, la gestión de las dependencias evaluados (en general para la ESE y por UPSS), se encuentra en un nivel **NO SATISFACTORIO**, con un cumplimiento en promedio del **40%** de las metas establecidos en los indicadores y una tendencia comparativa positiva entre los periodos evaluados (2021 – 2022) del **55%**; se recomienda garantizar las acciones institucionales y el mayor compromiso de los líderes de la ESE y de los equipos de trabajo con el mejoramiento de los resultados de la gestión y en general de su desempeño, buscando apuntar al logro de los objetivos y metas institucionales de ofrecer a los usuarios una red integrada, con servicios humanizados, accesibles y seguros, garantizando la oportunidad y continuidad de la atención bajo estándares de calidad, apuntando así a nuestro propósito superior de Procurar bienestar para las personas, sus familias y la comunidad.

f. Recomendaciones de Mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

1. Garantizar por parte de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo el oportuno diligenciamiento de los indicadores en el aplicativo Almera, así como el respectivo análisis causal y la formulación de planes de mejoramiento para aquellos que no alcanzan el cumplimiento de la meta.
2. Continuar fortaleciendo los equipos de trabajo de atención al ciudadano en las Unidades Hospitalarias y a nivel central con el fin de garantizar la respuesta oportuna a las quejas y reclamos de los usuarios, así como las causas que ocasionan dichas manifestaciones. Revisar los informes realizados por la Oficina de Control Interno y Evaluación en el año 2022 al comportamiento de las manifestaciones de los usuarios (total dos informes para la vigencia, incluyendo el realizado a la implementación del SIAUC en las Unidades de Castilla - Manrique y Belen).
3. Se recomienda fortalecer la contrarremisión de pacientes de segundo nivel a las Unidades de primer nivel (de acuerdo a la condición clínica y plan de egreso), buscando mejorar la ocupación en este nivel y descongestionar el segundo. Para los bajos niveles de ocupación de la Unidad Hospitalaria de Manrique se recomienda a nivel central y del equipo de venta

de servicios generar contratos con otros aseguradores, con el fin generar recursos adicionales por la prestación de servicios durante el ciclo de atención materno perinatal.

4. Se recomienda fortalecer la gestión de camas (intervención de estancias prolongadas - rondas administrativas con auditores - altas tempranas y fortalecimiento con los aseguradores de la atención domiciliaria y garantizar la oportunidad en la realización de ayudas diagnósticas en la red externa); evaluar los tiempos y la efectividad del proceso de referencia y contrarreferencia institucional implementando las mejoras necesarias.

5. Garantizar la oportunidad y accesibilidad a la consulta médica de especialistas en la ESE de acuerdo a los tiempos establecidos en la meta de los indicadores (consulta pediatría – ginecología y ortopedia).

6. Garantizar un análisis causal de las cancelaciones de procedimientos quirúrgicos en los servicios de cirugía de la Unidades Hospitalarias y generar las acciones de mejoramiento que apunten al cumplimiento de la meta del indicador, buscando así impactar en la productividad en los servicios quirúrgicos de la ESE.

7. Formular las acciones de mejoramiento e implementar las acciones efectivas que permitan, garantizar la adherencia al diligenciamiento de la historia clínica y la adherencia a las guías de práctica clínica en la ESE; se recomienda fortalecer los requerimientos de la historia clínica electrónica y de todos los aplicativos que aseguran el funcionamiento de los procesos institucionales y de manera especial los de la historia clínica, además de fortalecer la capacitación y entrenamiento al personal asistencial en la historia clínica electrónica.

8. Fortalecer en la ESE y en todo el equipo directivo el concepto de la gestión por resultados como una estrategia que garantiza el mejoramiento continuo de los procesos y en general del nivel de desempeño de excelencia a nivel de cada UPSS como unidad estratégica institucional.

2. Indicadores Trazadores Gestión de Bienes y Servicios

a. Dependencias a Evaluar: Dirección Administrativa - Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.

b. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:

ESTRATEGIA 1: DESARROLLO DEL MODELO DE PSS (PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD).

Objetivo Estratégico: Consolidar el modelo de prestación de servicios de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS), con servicios humanizados, accesibles y seguros que aporten a la calidad de vida y el bienestar de las personas, que garantice atenciones integrales y de alta calidad, para aportar a una Medellín más equitativa.

Meta Estratégica: Al 2025 Metrosalud tendrá consolidado su Modelo de prestación de servicios de salud en el 100% de las UPSS.

ESTRATEGIA 4: METROSALUD CONSCIENTE Y SOSTENIBLE.

Objetivo Estratégico: Incitar una cultura organizacional que genere valor a los grupos de interés, fortaleciendo la sostenibilidad y las relaciones de mutuo beneficio.

Meta Estratégica: Al 2025 alcanzará una cultura organizacional con apropiación por parte de los servidores y usuarios, con un reconocimiento en la ciudad y la región y financieramente sostenible.

c. Compromisos Asociados al cumplimiento del Objetivo Institucional:

Ruta Estratégica 3 – Gestión de la Red

Meta Ruta Estratégica 3: Al 2025 Metrosalud ofrecerá a nuestros usuarios una red integrada y con seguimiento permanente en términos de disponibilidad, suficiencia y completitud para la atención con componentes primarios y complementarios; facilitando el acceso efectivo con calidad.

Iniciativas Estratégicas: Gestión de la Red Interna - **Al 2025 alcanzará una ejecución del 100% del plan de mejoramiento de la infraestructura hospitalaria.**

Ruta Estratégica 2: Generación de Valor Compartido con la Sociedad.

Meta Ruta Estratégica 2: A partir del 2022 Metrosalud contará con una medición del valor agregado a la sociedad y buscará su incremento anual.

Iniciativas Estratégicas: **Sostenibilidad Ambiental.**

d. Medición de Compromisos:

Se adjunta a este informe el archivo denominado **Tablero de Control de Indicadores**, instrumento creado por el equipo de la Oficina de Control Interno y Evaluación, el cual presenta de manera ordenada los indicadores evaluados, además de los resultados comparativos por vigencias y su respectivo análisis detallado; las variables establecidas aplican para dar cumplimiento a la Evaluación por Dependencias en la ESE para la vigencia 2022.

e. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la Dependencia:

Se cuenta con un total de cinco (5) indicadores de acuerdo a lo definido en el cuadro de mando del aplicativo Almera, denominados Indicadores Trazadores – Gestión de Bienes y Servicios, los cuales fueron evaluados y analizados por el equipo auditor, los cuales se presentan a continuación:

Tabla 9. Listado de los indicadores Trazadores Proceso Gestión Bienes y Servicios.

	DEPENDENCIA A EVALUAR / PROCESO	INDICADOR
1	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS/DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	PROPORCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS ESE METROSALUD
2	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS/DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	PROPORCIÓN DE USUARIOS SATISFECHOS CON LA LIMPIEZA, TRANQUILIDAD Y PRIVACIDAD DEL AMBIENTE FÍSICO METROSALUD
3	DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN/Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL (PIGA)
4	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS/DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	ROTACION EN DÍAS DEL INVENTARIO DE TODAS LAS BODEGAS DE INSUMOS HOSPITALARIOS Y GENERALES DE ALMACÉN GENERAL
5	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS/DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	PROPORCIÓN DE CLIENTES INTERNOS SATISFECHOS CON LA RESPUESTA OPORTUNA A REQUERIMIENTO DE AMBIENTE FÍSICO

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando

Del total de indicadores trazadores del proceso cinco (5), cumplen las metas del indicador un **40%** (dos indicadores); no cumplen las metas el **60%** (tres indicadores).

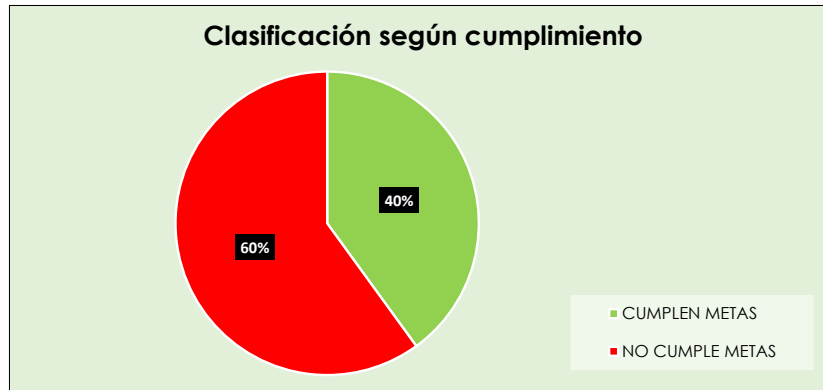
En la siguiente tabla y grafica se cuantifican el cumplimiento de las metas de acuerdo a lo presentado anteriormente.

Tabla 10. Clasificación según cumplimiento

CLASIFICACIÓN CUMPLIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
CUMPLEN METAS	2	40%
NO CUMPLE METAS	3	60%
TOTAL	5	100%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Grafica 4. Clasificación según cumplimiento



Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Tabla 11. Indicadores con cumplimiento de metas vigencia 2022

	INDICADOR	RESULTADO 2022	META	VARIACION COMPARATIVA
1	PROPORCIÓN DE USUARIOS SATISFECHOS CON LA LIMPIEZA, TRANQUILIDAD Y PRIVACIDAD DEL AMBIENTE FÍSICO METROSALUD	96.4%	95%	Positiva /Aumento de 0,9% en la proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad, privacidad y ambiente físico en la ESE
2	ROTACION EN DÍAS DEL INVENTARIO DE TODAS LAS BODEGAS DE INSUMOS HOSPITALARIOS Y GENERALES DE ALMACÉN GENERAL	24.3 días	40 Días	Negativa /Se aumento en 1 día en la ESE la rotacion del inventario de las bodegas de insumos hospitalarios y generales

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Tabla 12. Indicadores sin cumplimiento de metas vigencia 2022

	INDICADOR	RESULTADO 2022	META
1	PROPORCION DE RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS ESE METROSALUD	52.6%	Menor 40%
2	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL (PIGA)	85.7%	95%
3	PROPORCIÓN DE CLIENTES INTERNOS SATISFECHOS CON LA RESPUESTA OPORTUNA A REQUERIMIENTO DE AMBIENTE FÍSICO	26%	Mayor o igual a 85%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Al determinar la variación comparativa de los indicadores en los periodos 2021 y 2022, se evidencia que el **60%** presentaron variación positiva (tres indicadores), el **40%** variación negativa (dos).

A continuación la tabla y la gráfica representan las variaciones de los indicadores en los periodos evaluados:

Tabla 13. Variación comparativa indicadores año 2021 y 2022

VARIACIÓN COMPARATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
POSITIVA	3	60%
NEGATIVA	2	40%
TOTAL	5	100%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Gráfica 5. Variación comparativa indicadores año 2021 y 2022



Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

De acuerdo con los resultados obtenidos y presentados en este informe, la gestión de las dependencias evaluados, se encuentra en un nivel **NO SATISFACTORIO**, con un cumplimiento del **40%** de los indicadores que cumplen las metas establecidos, y una tendencia comparativa positiva entre los periodos evaluados (2021 – 2022) del **60%**; se recomienda nuevamente en este informe la necesidad de fortalecer el compromiso de los líderes de los procesos evaluados y de sus equipos de trabajo con el mejoramiento de los resultados y de su desempeño, reflejado esto en el cumplimiento de la metas de los indicadores, frente a esta condición de no realizar las oportunas acciones de mejoramiento se afectaría de manera significativa el objetivo del proceso de Gestión de Bienes y Servicios de: Administrar los bienes

y servicios de la ESE de manera eficiente, eficaz y pertinente con el fin de minimizar los riesgos relacionados con el ambiente físico y responder satisfactoriamente a las necesidades de los clientes internos y externos.

f. Recomendaciones de Mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

1. Garantizar por parte de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo el oportuno diligenciamiento de los indicadores en el aplicativo Almera, así como el respectivo análisis causal y la formulación de planes de mejoramiento para aquellos que no alcanzan el cumplimiento de la meta.
2. Considerar la evaluación de los criterios de inclusión de los indicadores trazadores por proceso para las próximas vigencias, es recomendable incluir para el proceso de Gestión de Bienes y Servicios los siguientes: Proporción de Adherencia al Manual de Supervisión de Contratos (Supervisión y/o Interventoría), Proporción de Cumplimiento del Plan de Mantenimiento de Equipos Biomédicos y Proporción de Obsolescencia de Tecnología Biomédica.
3. Garantizar la oportunidad y efectividad en el cumplimiento de las solicitudes de mantenimiento de la infraestructura física, así como del plan general de mantenimiento en la ESE, buscando cumplir con las condiciones de infraestructura que soporten la atención de servicios de salud bajo estándares de calidad de acuerdo a la normatividad vigente.
4. Fortalecer la implementación del PIGA en la ESE, de manera especial el despliegue en todo el personal de los aspectos relacionados con el conocimiento en los elementos de la política ambiental, control de plagas, instalación de elementos ahorradores, conocimiento de las partes interesadas, necesidades de recipientes para la segregación de residuos.
5. Revisar el actual proceso de contratación de las actividades de mantenimiento, garantizando los recursos necesarios, además de evaluar su efectividad y continuidad de acuerdo a los requerimientos institucionales.
6. Continuar garantizando una variación positiva de los indicadores como evidencia del mejoramiento del proceso.

3. Indicadores Trazadores Gestión Financiera

a. Dependencias a Evaluar: Subgerencias Administrativa y Financiera.

b. Objetivos Institucionales Relacionados con la Dependencia:

ESTRATEGIA 4: METROSALUD CONSCIENTE Y SOSTENIBLE.

Objetivo Estratégico: Incitar una cultura organizacional que genere valor a los grupos de interés, fortaleciendo la sostenibilidad y las relaciones de mutuo beneficio.

c. Compromisos Asociados al cumplimiento del Objetivo Institucional:

Ruta Estratégica 2 – GENERACIÓN DE VALOR COMPARTIDO CON LA SOCIEDAD.

Meta Ruta Estratégica 2: A partir del 2022 Metrosalud contará con una medición del valor agregado a la sociedad y buscará su incremento anual.

Iniciativas Estratégicas: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA:

- Obtener un resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo positivo a partir de año 2025.
- Lograr una Rentabilidad operativa del ejercicio del 90% o más para el 2025.

d. Medición de Compromisos:

Se adjunta a este informe el archivo denominado Tablero de Control de Indicadores, instrumento como se mencionó anteriormente fue creado por el equipo de la Oficina de Control Interno y Evaluación, el cual presenta de manera ordenada los indicadores evaluados, además de los resultados comparativos por vigencias y su respectivo análisis detallado; las variables establecidas aplican para dar cumplimiento a la Evaluación por Dependencias en la ESE para la vigencia 2022.

e. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la Dependencia:

Se cuenta con un total de seis (6) indicadores de acuerdo a lo definido en el cuadro de mando del aplicativo denominados Indicadores Trazadores por Proceso – Gestión Financiera, los cuales fueron evaluados y analizados por el equipo auditor, los cuales se presentan a continuación:

Tabla 14. Listado de los indicadores Proceso Gestión Financiera

	DEPENDENCIA A EVALUAR / PROCESO	INDICADOR
1	SUBGERENCIA FINANCIERA - LÍDER DE CONTABILIDAD	MARGEN EXCEDENTE OPERACIONAL
2	SUBGERENCIA FINANCIERA	PORCENTAJE DE GLOSA RECEPCIONADA POR FACTURACIÓN EVENTO 2020
3	SUBGERENCIA FINANCIERA - LÍDER DE CONTABILIDAD	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS METROSALUD
4	SUBGERENCIA FINANCIERA	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_SEDES ADMINISTRATIVAS
5	SUBGERENCIA FINANCIERA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESPUESTO	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO 2020
6	SUBGERENCIA FINANCIERA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESPUESTO	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando

Del total de indicadores seis (6), el porcentaje de cumplimiento de metas se encuentra en la ESE en un **0%**; evidenciando además que ningún indicador se encuentra actualizado a 31 de diciembre del 2022 al momento de la evaluación.

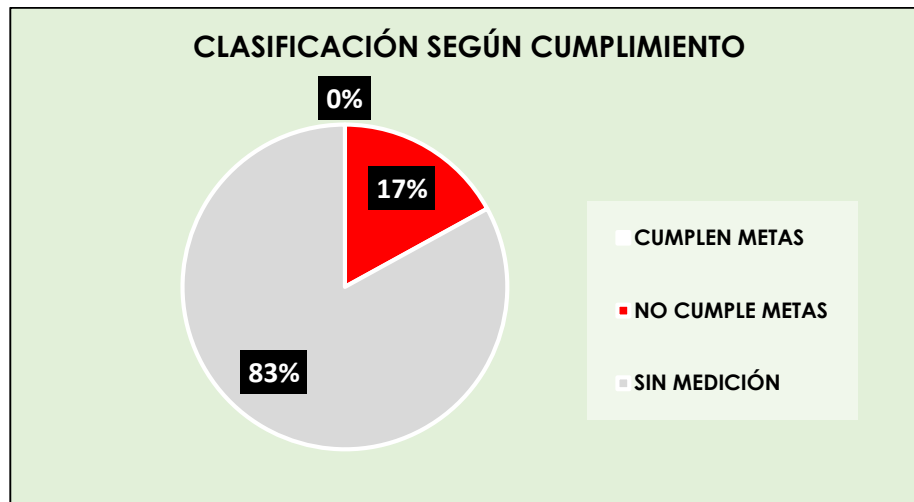
En la siguiente tabla y grafica se cuantifican el cumplimiento de las metas de acuerdo a lo presentado anteriormente.

Tabla 15. Clasificación según cumplimiento

CLASIFICACIÓN CUMPLIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
CUMPLEN METAS	0	0%
NO CUMPLE METAS	1	17%
SIN MEDICIÓN	5	83%
TOTAL	6	100%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Grafica 6. Clasificación según cumplimiento



Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

Tabla 16. Indicadores sin medición vigencia 2022

	INDICADOR	RESULTADO 2022	META
1	MARGEN EXCEDENTE OPERACIONAL	SIN MEDICIÓN	1%
2	PORCENTAJE DE GLOSA RECEPCIONADA POR FACTURACIÓN EVENTO 2020	SIN MEDICIÓN	95%
3	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS METROSALUD	SIN MEDICIÓN	0%
4	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_SEDES ADMINISTRATIVAS	SIN MEDICIÓN	0%
5	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO 2020	SIN MEDICIÓN	1%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo

Al determinar la variación comparativa de los indicadores en los periodos 2021 y 2022, no se tuvo información comparativa del indicador equilibrio presupuestal con recaudo, que corresponde al 17% de los indicadores evaluados, el 83% restante comprende a los cinco (5) indicadores que se encuentran sin medición.

A continuación la tabla representan las variaciones de los indicadores en los periodos evaluados:

Tabla 17. Variación comparativa indicadores año 2021 y 2022.

VARIACIÓN COMPARATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
POSITIVA	0	0%
NEGATIVA	0	0%
SIN VARIACIÓN	1	17%
SIN VARIACIÓN COMPARATIVA	5	83%
TOTAL	6	100%

Fuente de información – Aplicativo Almera/Tablero de Mando – Instrumento equipo auditoría

En el proceso de gestión financiera, según el análisis de los indicadores trazadores de apoyo, se presentan las siguientes novedades:

Se evidencia posterior a la aplicación del instrumento creado y del análisis de la información, obtenida del aplicativo Almera, que los indicadores trazadores por proceso – Trazadores de Apoyo – Gestión Financiera, tiene definido 6 indicadores, de los cuales solo uno (1) esta medido hasta septiembre de 2022, los demás indicadores definidos no se encuentran con medición para realizar el análisis objeto de la auditoría.

De acuerdo con los resultados obtenidos y presentados en este informe, la gestión de las dependencias evaluados, se encuentra en un nivel **NO SATISFACTORIO**, con un cumplimiento en promedio de la meta del **0%** de las metas establecidos en los indicadores, reiterándose que solo pudo ser medido comparativamente un (1) indicador (equilibrio presupuestal con recaudo), toda vez que los demás indicadores del proceso no contaban con la medición requerida; por lo cual se recomienda mantener actualizada la información de medición de cada indicador, teniendo en cuenta el periodo de medición definido con el fin que se garantice la calidad y oportunidad de la información en el aplicativo Almera, y permita ser fuente de información para el desarrollo de diferentes actividades de análisis y toma de decisiones.

f. Recomendaciones de Mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

1. Garantizar por parte de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo el oportuno diligenciamiento de los indicadores en el aplicativo Almera, así como el respectivo análisis

causal y la formulación de planes de mejoramiento para aquellos que no alcanzan el cumplimiento de la meta.

2. Fortalecer en los líderes y equipos de trabajo de las dependencias la socialización y aplicación del Instructivo Modulo de indicadores del software Almera PE 0215182/2021 y del Manual Para la Construcción de Indicadores PE02MA45, con el fin unificar el diseño, la estandarización, monitoreo, interpretación y análisis de los indicadores, permitiendo la toma oportuna de decisiones y el logro de los objetivos institucionales.

5. CONCLUSIONES GENERALES

1. Se logró el objetivo formulado por parte de la Oficina de Control Interno y Evaluación, de evaluar la gestión de las dependencias de la ESE Metrosalud en la vigencia 2022 (indicadores del Comité de Prestación de Servicios, los trazadores de los procesos de apoyo de la Gestión Financiera y de la Gestión de Bienes y Servicios), evidenciando el nivel de cumplimiento de las metas establecidas en los indicadores de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos.

2. Se genera el respectivo informe de Evaluación por Dependencias para la vigencia 2022, el cual busca aportar al mejoramiento de los procesos institucionales y motivar al fortalecimiento de la gestión por resultados.

3. De acuerdo con los resultados obtenidos y presentados en este informe, la gestión de las dependencias evaluados (en general para la ESE, por UPSS y procesos), se encuentra en un nivel **NO SATISFACTORIO**, evidenciando con un cumplimiento medio de las metas establecidos en los indicadores y una tendencia comparativa estable entre los periodos evaluados (2021 – 2022), además que se presentan deficiencias en el oportuno y adecuado diligenciamiento de la información en el aplicativo Almera (Proceso Gestión Financiera).

4. Se identifica en esta evaluación, que no se hace un reporte oportuno y sistemático de los indicadores, de acuerdo con lo establecido en las fichas técnicas, lo que no permite el análisis de los resultados y evidencia de la eficacia de las acciones tomadas, además que el incumplimiento de las metas de los indicadores no genera la formulación de planes de mejora que contribuyan al logro de las metas planteadas.

5. Los indicadores de la Gestión Financiera requieren revisión, existen algunos de los evaluados que no se han medido, o así se registra en el aplicativo Almera.

6. Se espera que con la implementación de las recomendaciones del presente informe y otras medidas que surjan del análisis causal del comportamiento de los datos a nivel institucional, se logre mejorar el desempeño y el cumplimiento de las metas de los indicadores trazadores planteados a nivel de la ESE.

6. ANEXOS

1. Tablero Control de Indicadores Comité Prestación de Servicios – Evaluación por UPSS.
2. Tablero Control de Indicadores Trazadores Proceso Gestión de Bienes y Servicios
3. Tablero Control de Indicadores Trazadores Proceso Gestión Financiera.

Elaborado por:

Adolfo Marulanda Calle
Natalia Rendon Trujillo
Profesionales Especializados
Oficina Control Interno y Evaluación

Aprobado por:

Gloria Patricia Isaza Orduz
Jefe Oficina de Control Interno y Evaluación
Oficina Control Interno y Evaluación