

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 1 de 19

INFORMACIÓN GENERAL

Oficina:	ASESORA DE PLANEACION
Seguimiento:	Plan de Acción Institucional. PAI– Corte 31 de marzo 2022. Primer Trimestre.
Auditor:	Alfredo Armando Jiménez Acuña

1- INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación y el seguimiento, independiente y objetivo es uno de los roles más relevantes de la responsabilidad que le corresponde a la Oficina de Control Interno (OCIN), por lo cual es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización de la gestión.

De tal manera, como lo expone el Departamento Administrativo de la Función Pública: “... la independencia en la evaluación se predica del examen sobre el Sistema de Control Interno y la gestión que realizan personas que no están directamente involucradas en el desarrollo de las actividades de cada proceso.

De otra parte, la objetividad se relaciona con la utilización de un método que permite observar los hechos de la entidad y la gestión de los servidores, de tal forma que las debilidades y conclusiones estén soportadas en evidencias.

Siendo el Plan de Acción Institucional (PAI) un marco de referencia para alcanzar una adecuada gestión comprometida con los resultados, garantizando los derechos, satisfaciendo las necesidades y solucionando los inconvenientes que se pueden presentar a los beneficiarios y los afiliados del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares; la Oficina de Control Interno, realiza la evaluación del desempeño y cumplimiento de las actividades que componen el Plan, emitiendo las recomendaciones para alcanzar las acciones propuestas.

2- OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO.

Realizar evaluación y seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción Institucional vigencia 2022, para determinar el cumplimiento y avance de las actividades programadas y registradas en la plataforma SUITE VISION EMPRESARIAL. SVE por parte de las Áreas y Servicios dentro del primer trimestre de la presente anualidad.

3- ALCANCE.

El seguimiento se realiza teniendo en cuenta el Plan de Acción Institucional para la vigencia 2022, publicado en la página web del Hospital Militar Central; para el periodo comprendido entre el 01 de enero y hasta el 31 de marzo/22, frente a las actividades parametrizadas en la plataforma Suite Visión Empresarial. SVE.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
		VERSIÓN: 01
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 2 de 19
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

4- METODOLOGIA

La evaluación se desarrolla para establecer el cumplimiento de las actividades programadas; utilizando para ello, un comparativo entre las metas propuestas en el PAI-2022, frente al resultado de la medición otorgada por la herramienta SUITE VISION EMPRESARIAL. SVE y los registros que soportan los avances en el periodo observado.

5- RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

La Oficina de Control Interno (OCIN) evaluó el cumplimiento de las actividades registradas en el PAI/22, el cual está conformado por 6 Objetivos Estratégicos y 97 actividades generales anuales.

El Plan de Acción Institucional para el primer trimestre 2022, tiene programadas para desarrollar por parte de las Áreas y Servicios, un total de 73 actividades; así:

5.1 CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PLAN DE ACCIÓN POR OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO	Total Actividades vigencia 2022	No. de actividades programadas para el primer trimestre/22.	% Actividades programadas primer trimestre/22	No. de actividades Cumplidas Totalmente en el primer trimestre/22.	Número de Actividades que no alcanzaron el cumplimiento de la meta programada en el primer trimestre/22.
1. Asegurar la prestación de los servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización.	29	26	90%	20	6
2. Generar Innovación e intercambio de conocimiento.	12	7	58%	6	1
3. Fortalecer el modelo de gestión por procesos y la cultura de mejoramiento.	17	15	88%	8	7
4. Fortalecer herramientas Tecnológicas que Optimicen la Atención al Paciente.	10	7	70%	7	0
5. Optimizar la Gestión Financiera.	11	8	73%	5	3
6. Generar Compromiso, Desarrollo y Crecimiento Institucional	18	9	50%	8	1
Promedio de Cumplimiento	97	72	71%	54	18

Fuente: Análisis OCIN. SUITE VISIÓN EMPRESARIAL. (Abril/2022)

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 3 de 19

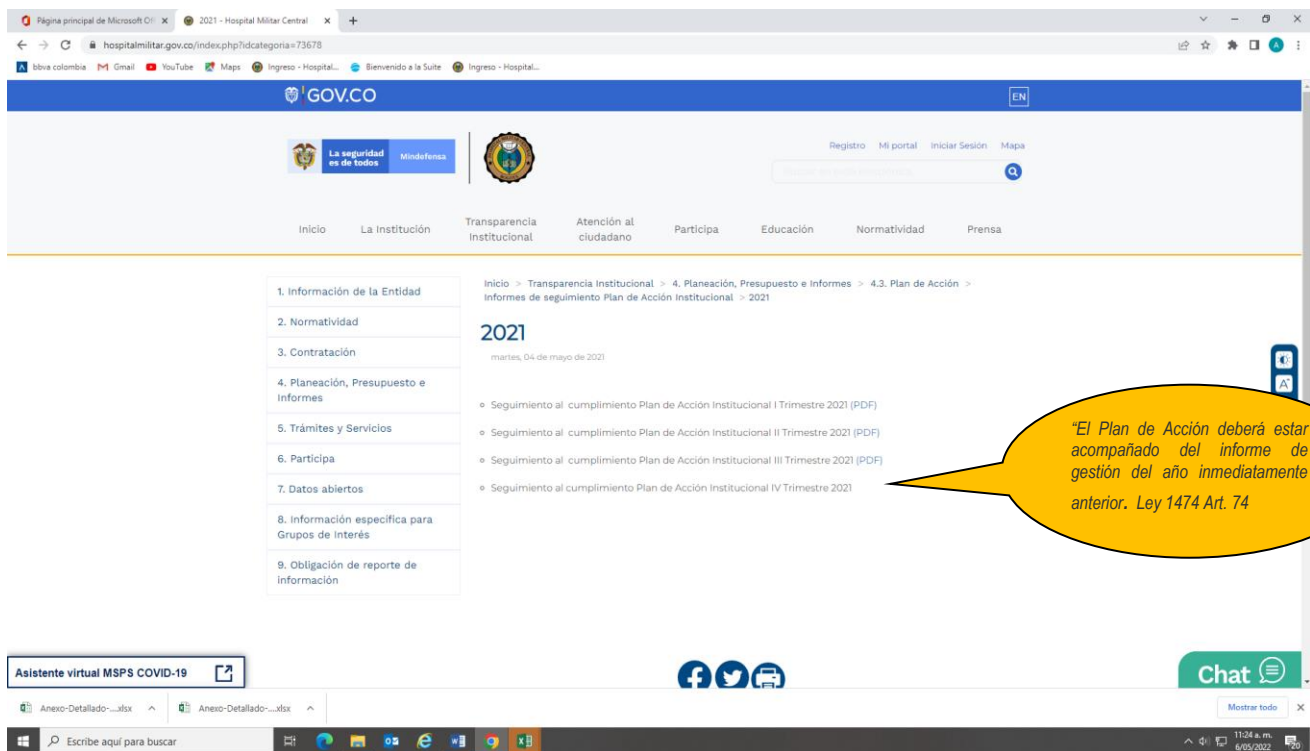
Análisis: El anterior cuadro, permite dimensionar la composición del Plan de Acción 2022, observando las actividades propuestas dentro del primer trimestre de la vigencia, observando que las 72 actividades programadas, todas evidenciaron avances para el logro de las metas propuestas; sin embargo, se evidenció que 54 actividades alcanzaron la meta propuesta y 18 del total, no lograron el límite fijado de cumplimiento.

5.2 Plan de Acción Institucional.

HALLAZGO 1

5.2.1.1 Condición.

En la página web del Hospital Militar Central; ruta: Inicio> Transparencia>Planeación, presupuesto e Informes> Plan de Acción>Planes de Acción Institucionales 2022, se encuentra publicado el documento: Plan de Acción Institucional - 2022, código: Código PL-OAPL-PL-01. Versión: 1, fecha de emisión 31-01-2022 y el archivo anexo detallado al Plan de Acción Institucional 2022. Código: PL-OAPL-PR-09-FT-01. Fecha de emisión 23/12/2021. Versión:2.



El Plan de Acción deberá estar acompañado del informe de gestión del año inmediatamente anterior. Ley 1474 Art. 74

Fuente: Página web HOMIL. 06/05/2022

5.2.1.2 Criterio.

El Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, enuncia: **“Plan de acción de las entidades públicas.** A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 4 de 19

A partir del año siguiente, el Plan de Acción deberá estar acompañado del informe de gestión del año inmediatamente anterior.

5.2.1.3 Causa.

Se omitió el registro de la publicación en la página web institucional del Informe de Gestión del cuarto trimestre 2021 del Plan de Acción Institucional de la vigencia 2022, por olvido en su publicación.

5.2.1.4 Consecuencia.

Posible incumplimiento de norma, que podría ser observado por parte de un ente de control externo en el eventual caso de verificación del tema del informe sobre la gestión de la vigencia inmediatamente anterior.

Recomendación.

La Oficina de Control Interno recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, la publicación en la página web institucional del Informe de gestión del año inmediatamente anterior de conformidad con el requisito del Artículo 74 de la Ley 1474/11.

Hallazgo 2

5.2.2.1 Condición.

Una vez informado e iniciado el seguimiento al PAI primer trimestre de la vigencia, mediante Oficio ID No. 188920 del 07 de abril/22; se toma como base el PAI publicado en la página web del Hospital, el día 31/enero/22; en el cual se observa los dos documentos mencionados: Plan de Acción Institucional - 2022, código: Código PL-OAPL-PL-01. Versión: 1, fecha de emisión 31-01-2022 y el archivo anexo detallado al Plan de Acción Institucional 2022. Código: PL-OAPL-PR-09-FT-01. Fecha de emisión 23/12/2021. Versión:2. Mediante correo electrónico de fecha 04/05/2022, la Oficina Asesora de Planeación, informa que, por error, el archivo publicado en la página web del Hospital, no contiene la información actualizada; para lo cual envía anexo el archivo que contiene la información del PAI actualizada, el cual debería ser publicado y actualizado en la página web.

ArchivoInicioInsertarDiseño de páginaFórmulasDatosRevisarVista¿Qué desea hacer?

alfredo.jimenezCompartir

1161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

FORMATO: DETALLADO PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

CÓDIGO: PL-OAPL-PR-09-FT-01

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

FECHA DE EMISIÓN: 23-12-2021

PROCESO: PLANEACIÓN

VERSIÓN: 02

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI

Página 5 de 10

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

OBJETIVO N°1. Asegurar la prestación de los servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización

Resumen PAI

PROYECTOS ESTRATÉGICOS	ACTIVIDAD DE GESTIÓN	INDICADOR	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR O ACTIVIDAD ESTRATÉGICA	PERIODICIDAD	PERIODO	META	ORIENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ENTREGABLE	RESPONSABLE	FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR	CONSECUTIVO DEL CAMBIO
1.1 Oportunidad, Seguridad y Humanización en la prestación de servicios médicos y de dispositivos médicos	Monitorear las BPM en el área de Producción de Atención Médica, mediante auto inspecciones preventivas, capacitaciones, certificaciones, evaluaciones, registros, salud (ocupación)	X		Porcentaje de inspecciones efectuadas en las BPM	Semanal	Julio-Diciembre	100%	Igual a	Porcentaje	Informe de inspecciones y reporte de indicadores a informe de inspecciones BPM	Unidad de Farmacia	Número de inspecciones programadas por inspecciones en	
1.2 Gestión farmacéutica y de dispositivos médicos	Monitorear las BPM en el área de Producción de Atención Médica, mediante auto inspecciones preventivas, capacitaciones, certificaciones, evaluaciones, registros, salud (ocupación)	X		Porcentaje de inspecciones efectuadas en las BPM	Semanal	Julio-Diciembre	100%	Igual a	Porcentaje	Ficha Técnica y Reporte de Indicadores a informe de inspecciones BPM	Unidad de Farmacia	Número de inspecciones programadas por inspecciones en	
1.4 Oportunidad, Seguridad y Humanización en la prestación	Realizar el seguimiento del total de días cama ocupada por pacientes internados en hospitalización durante el periodo	X		Porcentaje Ocupación hospitalaria	Mensual	Enero a Diciembre	80%		Porcentaje	Ficha Técnica y Reporte de Indicadores	Unidad Médica Hospitalaria	Número total de días cama ocupada por pacientes internados en hospitalización durante el periodo	
1.4 Oportunidad, Seguridad y Humanización en la prestación	Realizar el monitoreo del número de egresos que en promedio usaron cama cama promedio disponible en el mes	X		Días cama de hospitalización	Mensual	Enero a Diciembre	85.4	Mayor a Igual	Unidad	Ficha Técnica y Reporte de Indicadores	Unidad Médica Hospitalaria	Número de egresos hospitalarios en el mes / Número de camas promedio disponibles en el mes	

La Actividad "Porcentaje Ocupación Hospitalaria, con Meta $\geq 80\%$, no corresponde a la actividad propuesta para la vigencia 2022. La actividad para el PAI 2022, objetivo 1.4 Oportunidad es: "Porcentaje de disponibilidad hospitalaria, con una Meta $\leq 85\%$ "

Escribe aquí para buscar

9:18 a. m. 63%

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 5 de 19

5.2.2.2 Criterio.

El documento Plan de Acción Institucional 2022, código: PL-OAPL-PL-01, versión: 1 de fecha 31 de enero 2022, en concordancia con el procedimiento: Formulación, elaboración, actualización y seguimiento de Planes Institucionales Código: PL-OAPL-PR-10 VERSION 02, actualizado el 02 de agosto 2021, define: Numeral 6. Puntos de Control. ID 8. **Actividad:** Cargar y Aprobar indicadores y actividades estratégicas, fecha 5 primeros días hábiles del mes de abril de 2022. **Observaciones del Control:** Realizar el cargue de la información de las actividades e indicadores estratégicos junto con los formatos y/o documentos soportes en la plataforma Suite Visión Empresarial de acuerdo a la periodicidad definida por los responsables. Registros del Control: **Ficha Técnica y Reporte de Indicadores PAI Cód. PLOAPL- PR-09-FT-02.**

5.2.2.3 Causa.

La causa por la cual se presentó la condición antes expuesta, se debió a error involuntario, por confusión del archivo al publicar en la página web.

5.2.2.4 Consecuencia

La presunta consecuencia, impacta sobre la correcta información y evaluación de los resultados esperados sobre el indicador del Objetivo 1; de la misma manera puede generar presunta confusión sobre los resultados esperados de la gestión.

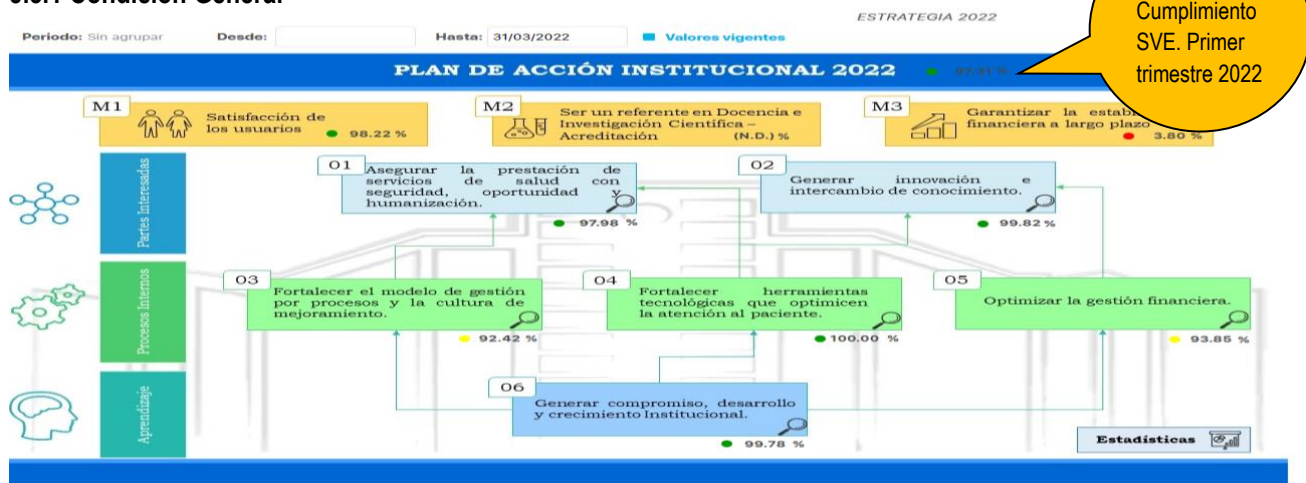
Beneficio del Seguimiento:

Como acción correctiva y beneficio del seguimiento, se acordó el cambio del archivo publicado en la página web institucional, registrando el archivo actualizado.

5.3 Seguimiento al cumplimiento Plan de Acción Primer Trimestre 2022.

La Oficina de Control Interno evidenció para el primer trimestre vigencia 2022, la planeación de 73 actividades a gestionar dentro del periodo 01 de enero y el 31 de marzo/22; teniendo en cuenta las correcciones del PAI actualizado, evidenciándose un cumplimiento estimado del 97.31% (dato otorgado por la SVE), así:

5.3.1 Condición General



Fuente de Información: Plataforma Suite Visión Empresarial. 02 de mayo/22.

Análisis: Con base en el anterior cuadro, se observa cumplimiento de las actividades programadas para el primer trimestre 22, en 97.31%; según la SVE. El objetivo No. 4. "Fortalecer herramientas tecnológicas que optimicen la atención al paciente",

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 6 de 19

alcanzó un desempeño del 100%; mientras que, en un menor porcentaje de cumplimiento, el Objetivo No. 3. “Fortalecer el modelo de gestión por procesos y la cultura de mejoramiento”, obtuvo el 92.42%.

5.3.1.1 CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PLANEADAS OBJETIVO No.1 PRIMER TRIMESTRE 2022.

La Oficina de Control Interno evaluó el cumplimiento de las actividades programadas para cada uno de los objetivos del Plan de Acción Institucional dentro del primer trimestre; observando lo siguiente:

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: 97.98%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION OCIN
1.1 Generar Clínicas Multidisciplinarias	1	Oportunidad en la entrega de prótesis y sockets a los usuarios antes de 45 días atendidos HOMIL	≥80%	Indicador Trimestral enero-marzo. 95,24%	100%	Se observó un cumplimiento del 95.24%, lo cual sobrepasó la meta esperada en el 15,24%. dentro del consolidado del primer trimestre. El comportamiento trimestral fue determinado por el número de pacientes 140 con prótesis nuevas o cambios de sockets entregados antes de 45 días y el total número de pacientes con toma de molde para cambio de prótesis o cambio de sockets. 147 pacientes en el trimestre.
	2	Medición movilidad Protésica paciente miembro inferior	≥24 Puntos	Indicador Trimestral enero-marzo. 36.98%	100%	El cumplimiento para el primer trimestre 2022, en esta actividad fue del 36.98%, sobrepasando la meta en 12.98 puntos, dentro del consolidado del primer trimestre; lo anterior debido al promedio del resultado del cuestionario de movilidad protésica, cantidad 1197, frente al número total de pacientes miembro inferior que diligencian el cuestionario, 54 en el trimestre para este caso.
1.4 Oportunidad, Seguridad y Humanización en la Prestación	3	Porcentaje de disponibilidad Hospitalaria	≤85%	Indicador Mensual Ene= 72.83% Feb= 72.22% Mar=71.95 %	72.33%	De acuerdo con el resultado del indicador mensual, se observa cumplimiento, respecto de la meta propuesta de <85% en los tres meses del primer trimestre.
	4	Giro cama de Hospitalización	≥ 3.4%	Indicador Mensual Ene= 2.91% Feb=2.91 % Mar = 3.16 %	2.99%	Se observó según el desempeño del indicador propuesto, que como resultado promediado para el trimestre se alcanzó el 2.99% cumplimiento; no obteniendo la meta esperada del ≥ 3.4%. Recomendación: La Oficina de Control Interno recomienda a la Unidad Médica Hospitalaria, realizar el análisis sobre la situación por la cual no se logró la meta esperada, realizando los ajustes necesarios una vez identificados las variables que deben ser precisadas para el logro de la meta en los trimestres venideros.
	5	Porcentaje Cancelación de Cirugías Programadas	≤ 10 %	Indicador Mensual Ene = 2.35% Feb = 3.52% Mar = 5.61 %	3.83%	La meta fue alcanzada y superada considerando que la meta se encuentra determinada en ≤ 10 % y el valor logrado se encuentra por debajo de la meta.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 7 de 19

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: 97.98%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION OCIN
	6	Cirugías Programadas desde la recepción de documentos completos en la oficina de programación cirugía por parte del paciente.	≤ 30 días	Indicador Mensual Ene =23.98% Feb =30.28% Mar= 28.48%	27.58 días	La meta se logró teniendo en cuenta que la oportunidad en cirugías programadas desde la recepción de documentos se logró en 27.58 días de los 30 días programados para el concepto de oportunidad.
	7	Oportunidad en la asignación de citas especializadas en general (1ra vez)	≤ 30 días	Indicador Mensual Ene= 12.44% Feb= 12.52% Mar=14.88 %	13.28 días	El indicador 13.28 días, señala que la meta para la oportunidad en la asignación de citas especializadas en general (1ra vez), se cumplió, estando por debajo del parámetro de menor a 30 días
	8	Porcentaje Cancelación de citas especializadas en general.	≤ 5 %	Indicador Mensual Enero = 0% Feb. = 0% Mar = 0.10 %	0.10%	Teniendo en cuenta la meta del ≤ 5% y el logro alcanzado por debajo de parámetro establecido, se concluye que la meta se cumplió para el primer trimestre.
	9	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (Triage 2).	≤ 30 min.	Indicador Mensual Ene = 14 min. Feb= 15 min. Mar = 16 min.	15 min.	El estándar para el primer trimestre/2022, se estableció en 15 minuto promedio, por debajo de la meta propuesta de ≤ 30 min; cumpliéndose la meta y superando el estándar proyectado.
	10	Oportunidad Servicio de imagenología paciente ambulatorio	≤ 6 días	Indicador Mensual Ene=13.01días Feb= 11 días Mar=10.94 días	11.65 días	Se observa que la meta propuesta, no logró el cumplimiento esperado, de ≤ 6 días. Impactando el resultado de la medición del indicador. Según el resultado del indicador, tomó 5.65 días más de lo previsto. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, determinar las variables que impidieron el logro de la meta, con el fin de ajustar y/o mejorar el desempeño del indicador.
	11	Oportunidad en la atención en servicios de resonancia magnética ambulatoria	≤ 11 días	Indicador Mensual Enero=16.57% Feb= 12.72% Mar=14.56 %	14.62 días	Se observa que el indicador establecido para la oportunidad en la atención de servicios de resonancia magnética ambulatoria, no logró la meta en la proporción esperada, situándose en 14.62 promedio; de la misma manera siendo un indicador mensual, no alcanzó el límite propuesto. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico; realizar el análisis de las variables que impidieron el logro de la meta esperada; con el fin de realizar los ajustes y/o realizar las correcciones necesarias.
	12	Oportunidad en la atención en servicios de resonancia magnética en hospitalización.	≤ 24 Horas.	Indicador Mensual Ene=36.25 días Feb=27.93 días Mar = 35.80 días	33.33 horas	Se observó que la actividad: Oportunidad en la atención en servicios de resonancia magnética en hospitalización, no logró la meta propuesta, sobrepasando el límite en 9.33 horas en promedio trimestral.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
		VERSIÓN: 01
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 8 de 19
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: 97.98%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION OCIN
						Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, realizar el análisis sobre la desviación reportada en el indicador, con el fin de realizar los ajustes necesarios y mejorar el resultado del indicador en los próximos trimestres.
	13	Oportunidad de la atención en servicios de TAC en el servicio de Hospitalización	≤ 24 horas	Indicador Mensual Ene= 37.61horas Feb= 33.59horas Mar=30.96 horas	34.05 horas	El indicador establecido para la actividad, superó negativamente la meta establecida en ≤ 24 horas; debido al resultado del indicador promedio trimestral de 34.05 horas, superando el límite promedio en 10.05 horas trimestral, consecuentemente no alcanzó el indicador mensual propuesto. Recomendación: La Oficina de Control Interno, sugiere a la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, realizar el análisis de las causas por las cuales no se logró la meta propuesta para medir la oportunidad de la atención en servicios de TAC en el servicio de Hospitalización y generando los ajustes necesarios para el aseguramiento del logro en los siguientes trimestres.
	14	Oportunidad de la atención en servicios de RX de Hospitalización	≤ 12 horas	Indicador Mensual Ene=11.74 hras Feb=12.04 hras Mar= 11.84 hras	11.87 horas	El indicador propuesto para medir la actividad programada, arrojó cumplimiento trimestral del límite propuesto de < 12 horas; obteniéndose un acumulado de cumplimiento en 11.87 horas.
	15	Oportunidad de la atención en servicios de Ecografía en el servicio de Hospitalización	≤ 12 horas	Indicador Mensual Ene=7.65 horas Feb=8.63 horas Mar=8.67 horas	8.32 horas	Según el resultado del indicador propuesto para medir la meta establecida, se observa que se cumplió con el límite propuesto de ≤ 12 horas; estableciendo la oportunidad de atención del servicio en 8.32 horas promedio trimestre.
	16	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorios en servicios de urgencias	≤ 90 min.	Indicador Mensual Ene= 72.02 min. Feb= 70.85 min. Mar= 77.95 min.	73.60 min	La meta se observa cumplida, de acuerdo con el resultado del indicador, establecido en ≤ 90 min, lográndose la meta en 73.60 min. Trimestral.
	17	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorios hospitalizados	≤ 110 min.	Indicador Mensual Ene= 93.01 min Feb=106.87 min Mar=94.66 min	98.18 min	La meta propuesta se cumplió de acuerdo con el indicador aplicado, resultando un cumplimiento de entrega de resultados en 98.18 min. Promedio trimestral, frente a la meta límite de ≤ 110 min.
	18	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorios UCI	≤ 90 min.	Indicador Mensual Ene=68.89 min Feb=77.01 min Mar=71.99 min	72.63 min	Meta cumplida según el resultado del indicador 72.63 minutos, frente a la meta de < 90 min
	19	Oportunidad de inicio o de continuidad de	≥ 99%	Indicador Mensual	99.66%	La meta fue cumplida dentro del primer trimestre de la vigencia. El indicador fue cumplido en el 99.66%

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 9 de 19

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: 97.98%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION OCIN
		antibióticos		Ene= 99.89% Feb= 99.74% Mar=99.34 %		frente al límite propuesto de cumplimiento del $\geq 99\%$.
	20	Tasa Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud. IACS	≤ 3 por cada 1000 días de estancia	Indicador Mensual Ene= 1.55 Feb=2.72 Mar=2.25	Tasa 2.17	La meta propuesta a partir del indicador, arrojó un promedio trimestral de una tasa de 2.18 de infecciones asociadas al cuidado de salud, frente al límite proyectado de ≤ 3 .
	21	Reporte Reacciones adversas a medicamentos paciente hospitalizado (RAM PH)	≥ 7	Indicador Mensual Enero = 7.07 Feb. = 7.38 Mar. = 6.72%	Tasa 7.06	La tasa meta propuesta se cumplió para los meses de enero y febrero, no alcanzando la meta en el mes de marzo.
	22	Reporte Reacciones adversas a medicamentos paciente ambulatorio (RAM PA)	≥ 1	Indicador Mensual Ene = 1.02 Feb= 1.01 Mar = 1.01	Tasa 1.01	En línea con el parámetro establecido de reacciones adversas a medicamentos paciente ambulatorio, cuya tasa se estableció en ≥ 1 , se observa que la meta se cumplió con el resultado arrojado por el indicador aplicado.
	23	Reporte de Eventos Adversos	$\leq 8.5\%$	Indicador Mensual Ene= 7.92% Feb =6.61% Mar = 8.41 %	7.65%	El indicador aplicado para el reporte de eventos adversos, arrojó resultado del 7.65%, cumpliendo con el parámetro establecido de $\leq 8.5\%$.
	24	Proporción de usuarios o Acompañantes que percibieron trato deshumanizado durante la atención en el HOMIL	$\leq 0.1\%$	Indicador Mensual Enero= 0.01% Feb= 0.01% Mar=Sin información	0.0066%	Se observa para los meses de enero y febrero, el indicador aplicado, arrojó como resultado el 0.01% enero, de la misma manera en el mes de febrero; pero para el mes de marzo, no se reportó información sobre el comportamiento para la medición de usuarios o acompañantes que percibieron trato deshumanizado; por tanto, no se puede concluir el cumplimiento de la meta propuesta.
	25	Porcentaje de personas/servicios intervenidos en trato humanizado	100%	Indicador Trimestral 93.54	93.54%	Se observa según el reporte trimestral del indicador fijado para medir el porcentaje de personas/servicios intervenidos en trato humanizado, que la meta propuesta del 100% medida de manera mensual, no alcanzó el estándar y se situó en el 93.54%. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda al Área Gestión ética y Buen Gobierno, realizar el análisis de los aspectos que no permitieron alcanzar el logro de la meta en trato humanizado, fortaleciendo los aspectos que permitan evidenciar mejoras en el indicador.
	26	Oportunidad en la Respuesta de las PQRSDF	100%	Indicador Mensual Ene= 391 Feb= 359 Mar= 354	100%	Según el indicador aplicado a la actividad sobre la oportunidad en la respuesta de las PQRSDF, la actividad se cumplió en el 100%.

Fuente: Seguimiento y Análisis Oficina de Control Interno. Mayo/2022.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
		VERSIÓN: 01
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 10 de 19
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Análisis Objetivo No. 1: La medición obtenida del aplicativo SVE, para el primer objetivo en el primer trimestre fue del 97.98%. Las actividades que no alcanzaron la meta propuesta, fueron: 1- Giro cama de Hospitalización, 2- Oportunidad Servicio de imagenología paciente ambulatorio, 3- Oportunidad en la atención en servicios de resonancia magnética ambulatoria, 4- Oportunidad en la atención en servicios de resonancia magnética en hospitalización, 5- Oportunidad de la atención en servicios de TAC en el servicio de Hospitalización, 6- Porcentaje de personas/servicios intervenidos en trato humanizado.

Recomendación: Es importante para cada actividad identificada anteriormente, se realice un análisis de los impedimentos y/o limitantes por las cuales no se logró el porcentaje esperado, de manera que se realicen los ajustes necesarios y/o se minimicen los aspectos que impactan el cumplimiento de la meta, con el fin de realizar los ajustes necesarios y/o realizar las modificaciones necesarias que permitan alcanzar el logro de las actividades.

OBJETIVO No. 2						
GENERAR INNOVACIÓN E INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO						
INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: 99.82%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
2.1.1. Relación Docencia Servicio.						
2.1 Alianzas Académicas y Científicas	27	Porcentaje de retención de estudiantes (postgrados)	≥90%	Indicador Trimestral enero-marzo. 99.04%	100%	Como resultado de la aplicación del indicador que mide la retención de estudiantes (postgrados), este arrojó un cumplimiento del 99.04%, determinando el cumplimiento de la meta propuesta.
	28	Ejecución de recursos ley de residentes	100%	Indicador Trimestral enero-marzo. 100%	100%	El indicador aplicado a la ejecución de recursos de ley de residentes, dio como resultado el cumplimiento del 100% en su ejecución; cumpliendo la meta establecida.
	29	Porcentaje de satisfacción en el acompañamiento en la relación docencia servicio (postgrados).	100%	Indicador Trimestral enero-marzo. 100%	100%	El porcentaje de satisfacción en el acompañamiento en la relación docencia servicio, alcanzó el cumplimiento del 100%, según el resultado de la fórmula del indicador aplicado.
	30	Porcentaje de satisfacción en el acompañamiento a los servicios en el desarrollo de proyectos de investigación.	100%	Indicador Trimestral enero-marzo. 100%	100%	El número de servicios satisfechos con prácticas formativas en postgrados 14, frente al número total de servicios con prácticas formativas en postgrado 14. Determina el cumplimiento en el 100% de la meta propuesta.
2.2 Desarrollo Tecnológico aplicado a Salud	31	Proporción de cumplimiento de seguimiento de cronogramas en los protocolos de investigación.	100%	Indicador Trimestral enero-marzo. 100%	100%	Los protocolos de investigación con seguimiento en el periodo 95, frente al número de protocolos de investigación aprobados 95; permite establecer el cumplimiento de la meta del 100% de la meta propuesta.
	32	Ejecución de recursos de proyectos de investigación financiados.	100%	Indicador Trimestral 98.92%	98.92%	Se observó en el resultado del indicador propuesto para medir la ejecución de recursos de proyectos de investigación financiados resultado de la ejecución de recursos de proyectos de investigación financiados, el cual alcanzó un nivel de cumplimiento del 98.92%, considerándose un valor muy cercano a la meta.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 11 de 19

OBJETIVO No. 2						
GENERAR INNOVACIÓN E INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO						
INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: 99.82%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
						Recomendación: Asignar un rango de cumplimiento para la meta, se sugiere, la asignación de una meta $\geq$ al 98%; de tal manera que no se confine la meta a una exactitud del 100% de ejecución de presupuesto.
2.3 Formación para el trabajo en el área de la salud	33	Porcentaje de retención de estudiantes de la ESAE.	$\geq 95\%$	Indicador Trimestral 95.79%	100%	La meta propuesta del $\geq 95\%$, fue superada según el resultado del indicador, cuyo valor fue del 95.79%.

Análisis Objetivo No.2: La medición en el aplicativo SVE, con respecto al segundo objetivo del primer trimestre fue del 99.82%. La actividad que no alcanzó la meta propuesta, fue: 1- Ejecución de recursos de proyectos de investigación financiados, para lo cual se recomienda, el estudio de la asignación de un rango de cumplimiento de meta que permita tener una tolerancia, para temas de presupuesto y ejecución, y poder llegar al 100% de cumplimiento.

OBJETIVO No. 3						
FORTALECER EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CULTURA DE MEJORAMIENTO						
SVE: 92.42%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
3.1 Gestión por Procesos.	34	Proporción de actualización de documentos que componen el SIG	100%	Indicador Trimestral enero-marzo.	95.57%	La meta implementada para el primer trimestre, se planteó en el 100%, de lo cual se alcanzó el 95.57%, producto de la relación entre el número de documentos actualizados que cumplieron su periodo de vigencia. 2.870 y el número total de documentos que cumplen 5 años de vigencia en el periodo. 3003.
				95.57%		
	35	Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento internos.	$\geq 85\%$	Indicador Trimestral enero-marzo	35%	La meta propuesta no alcanzó el nivel esperado por encima del 85%, debido a los planes de mejoramiento del Servicio Cuidado Crítico y el Área Régimen Interno, los cuales no presentaron avance de sus planes dentro del primer trimestre 2022. En el análisis realizado se observó que, de las 20 actividades propuestas para cumplimiento dentro del primer trimestre, se cumplieron 7. Impactando el indicador de cumplimiento.
				35%		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 12 de 19

OBJETIVO No. 3 FORTALECER EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CULTURA DE MEJORAMIENTO SVE: 92.42%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
3.2 Gestión Ambiental	36	Porcentaje de Áreas inspeccionadas en residuos hospitalarios.	100%	Indicador Mensual	87.39%	Según el indicador propuesto para la meta mensual en el mes de enero, no alcanzó el cumplimiento propuesto del 100%. Para los meses de febrero y marzo, se observa cumplimiento de la meta al 100%. Recomendación: La Oficina de Control Interno, sugiere al Área Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental, implementar estrategias que permitan dar cumplimiento del porcentaje propuesto para la meta en cada uno de los periodos observados.
				Ene= 62.16% Feb= 100% Mar= 100%		
	37	Porcentaje de cumplimiento de Capacitación de Gestión Ambiental.	100% 50 capacitaciones	Indicador mensual	98%	Se observa que, en el mes de enero de la vigencia, el indicador no alcanzó la meta propuesta de las 50 capacitaciones; contrario al comportamiento en el mes de marzo, donde sobrepaso la meta a 52 capacitaciones. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda al Área Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental, establecer estrategias que permitan dar cumplimiento en cada periodo, de acuerdo con la meta propuesta.
				Ene= 45 capacit. Feb= 50 capacit. Mar= 52 capacit.		
3.3 Renovación Tecnológica y mantenimiento	40	Porcentaje de mantenimientos preventivos realizados de equipos biomédicos.	100%	Indicador Mensual	100%	Se observa el cumplimiento de la meta, a través del número de equipos biomédicos con mantenimiento preventivo así: Enero: 232 equipos. Febrero: 318 equipos y marzo 371 equipos; lo cual es concordante con el cumplimiento de la meta del número de equipos biomédicos proyectados para mantenimiento. 232, 318 y 371 respectivamente para cada mes. No se evidenció más registros en la SVE.
				Ene= 100% Feb= 100% Mar= 100%		
3.3 Renovación Tecnológica y mantenimiento	41	Porcentaje de actualización de hojas de vida de equipos biomédicos	100%	Indicador Mensual	100%	La meta está definida por el número de hojas de vida actualizadas: enero=294, febrero=660 y marzo= 665, y el número de equipos biomédicos intervenidos: 1619 en total, para el cumplimiento del 100%, no se evidenció más registros.
				Ene= 100% Feb= 100% Mar= 100%		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 13 de 19

OBJETIVO No. 3 FORTALECER EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CULTURA DE MEJORAMIENTO SVE: 92.42%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
	42	Porcentaje de calibraciones metrológicas realizadas de equipos biomédicos	100%	Indicador Mensual Ene= 100% Feb= 100% Mar= 100%	100%	La meta está definida por el número de equipos biomédicos con calibraciones metrológicas ejecutadas. Enero=62, febrero=281, marzo= 216, frente al número de equipos biomédicos proyectados para calibración: Enero=62, febrero=281, marzo= 216. No se observan registros soporte en la SVE.
	43	Porcentaje de actualización de hojas de vida de equipos industriales.	100%	Indicador Mensual Ene= 100% Feb= 100% Mar= 100%	100%	Para el mes de enero el número de hojas actualizadas según el reporte, fue de 142 hojas, alcanzando el número de equipos intervenidos; para el mes de febrero se tenían proyectados 184 actualizaciones las cuales fueron cumplidas y en el mes de marzo se cumplieron 11 actualizaciones, las cuales se tenía previsto actualizar, alcanzando la meta de cumplimiento del 100%.
	44	Porcentaje de cumplimiento de mantenimientos preventivos de equipos industriales	100%	Indicador Mensual Ene= 100% Feb= 100% Mar= 100%	100%	La relación entre el número de equipos industriales con, mantenimiento preventivo ejecutado 142,184 y 11 y el número de equipos industriales proyectados para mantenimientos 337 de acuerdo al plan, determinó el cumplimiento del 100%.
3.4 Optima infraestructura hospitalaria.	45	Porcentaje de ejecución de mantenimientos planeados de infraestructura de la entidad.	100%	Indicador Mensual Ene= 100% Feb= 100% Marz = 100%	100%	Según el registro evidenciado en la SVE, para el mes de enero, fue programado 1 mantenimiento de infraestructura, en febrero 2 mantenimientos y en marzo 3 mantenimientos; los cuales, según los registros de la SVE, fueron realizados, cumpliendo en 100%. No se evidencia más registros.
3.5 Relacionamiento con Proveedores.	46	Porcentaje de oportunidad en la gestión contractual	≥ 80%	Indicador Mensual Ene = 26.79% Feb= 77% Marzo. = 125.5%	76.43%	En observación realizada al indicador y las cifras registradas en la SVE, se evidenció que, para el mes de enero, no se cumplió con la meta propuesta; en febrero tampoco se alcanzó lo proyectado. Para el mes de marzo la meta se cumplió y sobre pasó el porcentaje en 45.5 puntos porcentuales. Promediando el porcentaje trimestral, se logró el 76.43%, de esta manera tampoco alcanzó el cumplimiento propuesto. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda al Área Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, realizar análisis de los limitantes para la ejecución del porcentaje propuesto para la meta en la oportunidad de gestión contractual y desarrollar estrategias que permitan dar cumplimiento al porcentaje propuesto.
	47	Porcentaje de oportunidad en la gestión de liquidación de contratos.	100%	Indicador Mensual Ene = 96.38 % Feb = 96.49 % Marz = 97.26%	96.71%	Se observó como resultado del indicador de oportunidad en la gestión de liquidación de contratos, que la meta esperada no se logró en el porcentaje previsto; por tanto la Oficina de Control Interno, recomienda al Área Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, la realización del análisis de las variables que limitan el cumplimiento de la meta propuesta y la aplicación de un estrategia que permita alcanzar el porcentaje esperado.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
  Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por nuestra fuerza unidos, para Colombia avanza	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 14 de 19

OBJETIVO No. 3 FORTALECER EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CULTURA DE MEJORAMIENTO SVE: 92.42%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
	48	Realizar el seguimiento y control a las solicitudes de actualización y/o modificación del PAA.	100%	Indicador Mensual Ene = 100% Feb = 100% Marz. = 100%	100%	El número de seguimientos de actualización y/o modificación del PAA planeados, según los registros de la SVE: 3 y el número de seguimientos de actualización y/o modificaciones del PAA, arroja el resultado de cumplimiento del 100%.

Análisis Objetivo No. 3: El resultado del aplicativo SVE, para el tercer objetivo en el primer trimestre fue del 92.42%. Las actividades que no alcanzaron la meta propuesta, fueron: 1- Proporción de actualización de documentos que componen el SIG. 2- Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento internos. 3- Porcentaje de Áreas inspeccionadas en residuos hospitalarios. 4- Porcentaje de cumplimiento de Capacitación de Gestión Ambiental (enero). 5- Porcentaje de personal capacitado de gestión ambiental (enero) 6- Porcentaje de oportunidad en la gestión contractual (En enero y febrero). 7- Porcentaje de oportunidad en la gestión de liquidación de contratos (enero, febrero y marzo). A partir de los resultados esperados para el cumplimiento de los porcentajes programados y el cumplimiento de los estándares asignados a cada actividad, se sugiere la realización de análisis de la causa que no permitieron el total cumplimiento de las metas; con el fin de establecer y fortalecer las estrategias necesarias que aseguren el logro de los porcentajes asignados a cada meta, evitando a final de la vigencia, se produzcan incumplimientos de metas.

OBJETIVO No. 4 FORTALECER HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS QUE OPTIMICEN LA ATENCIÓN AL PACIENTE SVE: 100%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
4.1 TIC Para el Estado.	49	Implementar la Estrategia de Gobierno Digital en el HOMIL.	100%	Informe de Implementación la estrategia de Gobierno Digital en el HOMIL.	100%	Se evidenció registrado en la SVE, el Informe del primer trimestre 2022, sobre la Implementación la estrategia de Gobierno Digital en el HOMIL.
	50	Implementar el Modelo de Privacidad y Seguridad de la información.	100%	Informe de Implementación Modelo de Privacidad y Seguridad de la Información	100%	Se observó registro en la SVE, sobre el cumplimiento en la implementación del modelo de privacidad y seguridad de la Información para el primer trimestre.
	51	Implementar mejoras en el Sistema de Información	100%	Informe de Implementación Modelo de Privacidad y Seguridad de la Información.	100%	Se observó registro en la SVE, sobre el cumplimiento en la implementación del modelo de privacidad y seguridad de la Información para el primer trimestre.
4.2 TIC Para el servicio al Ciudadano.	52	Implementar mejoras en el Sistema de Información (Portal Usuario).	100%	Informe de Implementación Modelo de Privacidad y Seguridad de la	100%	Se observó registro en la SVE, sobre el cumplimiento en la implementación del modelo de privacidad y seguridad de la Información para el primer trimestre.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 15 de 19

OBJETIVO No. 4 FORTALECER HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS QUE OPTIMICEN LA ATENCIÓN AL PACIENTE SVE: 100%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
				Información		
	53	Porcentaje de citas asignadas por Call Center	≥ 85%	Indicador Mensual Ene=91.14% Feb=89.52% Marz=85.34%	100%	Se observa de acuerdo con el resultado del indicador, que la meta propuesta fue cumplida en los tres meses observados.
	54	Porcentaje de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos PINAR	100%	Indicador Trimestral enero-marzo 100%	100%	Observados los registros de la SVE, que corresponden a la meta se evidencia que, se realizaron 14 actividades de las 14 programadas; sin embargo, no se observa a que actividades se refiere y cual es nivel de cumplimiento de cada una. Recomendación: La Oficina de Control Interno, sugiere al Área de Correspondencia y Archivo, se registre en la SVE, una relación de las 14 actividades programadas del Plan Institucional de Archivos y las correspondientes evidencias de los cumplimientos.
	55	Actualización y/o elaboración de los instrumentos archivísticos	100%	Indicador Trimestral enero-marzo. 100%	100%	Observados los registros de la SVE, que corresponden a la meta se evidencia que, se realizaron 11 actividades de las 11 programadas; sin embargo, no se observa a que actividades se refiere y cual es nivel de cumplimiento de cada una. Recomendación: Establecer un instrumento de medición, donde se permita evidenciar en la plataforma SVE las actividades planteadas y los respectivos soportes que dan cumplimiento a las mismas.

Análisis Objetivo No. 4: En el aplicativo SVE, el cuarto objetivo: “Fortalecer Herramientas Tecnológicas que optimicen la atención al paciente”; alcanzó el 100% de cumplimiento de las metas propuestas.

OBJETIVO No. 5 OPTIMIZAR LA GESTIÓN FINANCIERA SVE: 93.85%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
5.2 Desarrollo Empresarial	56	Analizar el comportamiento de los resultados financieros de la Entidad.	100%	Actividad a realizar: Informe de los resultados financieros.	100%	Se observó registro del Informe en la SVE, sobre los resultados financieros de enero y febrero, aclarando que los cierres financieros tienen fecha durante los primeros 15 a 20 días para los respectivos cierres; por tanto, el mes de marzo será cargado en el siguiente periodo.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 16 de 19

57	Variación de los costos fijos.	≤ 10%	Indicador Mensual. Ene= 32.60% Feb= 68.47% Mar= 14.62%	Enero= 32.60% Feb= 68.47% Marzo= 14.62%	Según los registros evidenciados en la SVE, la meta propuesta que mide la variación de los costos fijos, no logró el límite propuesto; por tanto, la Oficina de Control Interno, recomienda al Área Financiera la Subdirección, establecer los impedimentos que originaron el incumplimiento de la meta y generar las estrategias necesarias para alcanzar la meta en los próximos periodos.
58	Variación costos variables con respecto a las ventas.	≤ 5%	Indicador Mensual Ene= - 29.54% Feb= -10.99% Mar= -13.26%	Ene= - 29.54% Feb= -10.99% Mar= -13.26%	Observado el resultado arrojado por el indicador de variación de los costos variables con respecto a las ventas, donde se evidencia el cumplimiento de la meta propuesta.
59	Incidencia Costos Administrativos.	≤ 10%	Indicador Mensual Ene= 11.60% Feb= 11.33% Mar= 13.27%	Ene= 11.60% Feb= 11.33% Mar= 13.27%	Al observar el resultado del indicador de incidencia de los costos administrativos, se observa que no se logró la meta propuesta en ninguno de los meses medidos; por tanto, la Oficina de Control Interno, sugiere al Área Unidad Financiera, la revisión de los aspectos que no permitieron el cumplimiento de la meta, desarrollando los ajustes necesarios y /o las estrategias necesarias para el logro propuesto.
60	Ejecución Presupuestal Funcionamiento (Compromisos)	Ene≥ 30% Feb≥34% Mar≥37%	Indicador Mensual Ene= 32.82% Feb= 37.26% Mar= 42.98%	Ene= 32.82% Feb= 37.26% Mar= 42.98%	Los datos del indicador promediado trimestral permiten establecer el cumplimiento de la meta.
61	Ejecución Presupuestal Funcionamiento (Obligaciones)	Ene≥ 1.3% Feb≥ 3% Mar≥ 8%	Indicador Mensual Ene= 1.30% Feb= 4.84% Mar= 8.91%	Ene= 1.30% Feb= 4.84% Mar= 8.91%	Los resultados del indicador propuesto para la ejecución presupuestal funcionamiento (obligaciones), se cumplió con la meta propuesta.
62	Ejecución Presupuestal Inversión (Compromisos)	Ene≥ 10% Feb≥ 12% Mar≥ 15%	Indicador Mensual Ene= 10.32% Feb= 16.25% Mar= 20.06%	Ene= 10.32% Feb= 16.25% Mar= 20.06%	En el análisis de los resultados de la ejecución presupuestal inversión (Compromisos), la meta propuesta para cada uno de los meses, evidenció el cumplimiento de la meta.
63	Ejecución Presupuestal Inversión (Obligaciones)	Ene≥ 0% Feb≥ 0% Mar≥ 1.5%	Indicador Mensual Ene= 0% Feb= 0% Mar= 1.39%	Ene= 0% Feb= 0% Mar= 1.39%	La meta para la ejecución presupuestal inversión (obligaciones) fue cumplida en los meses de enero y febrero. Para el mes de marzo la meta no alcanzo su cumplimiento.

Análisis Objetivo No. 5: El resultado del aplicativo SVE, para el quinto objetivo en el primer trimestre fue del 93.85%. Las actividades que no alcanzaron la meta propuesta, fueron: 1- Variación de los costos fijos. 2- Incidencia Costos Administrativos. 3- Ejecución Presupuestal Inversión (Obligaciones). Con el fin de lograr las expectativas propuestas en las metas fijadas, se recomienda realizar los análisis necesarios, con el fin de establecer las causas que originaron los desvíos en el estándar de cumplimiento y desarrollar estrategias para fortalecer el cumplimiento de las actividades propuestas, con el fin de evitar incumplimientos que impacten el resultado final del objetivo No. 5.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 17 de 19

OBJETIVO No. 6 GENERAR COMPROMISO, DESARROLLO Y CRECIMIENTO INSTITUCIONAL SVE: 99.78%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
6.1 Sistema de Desarrollo del Talento Humano.	64	Porcentaje de cumplimiento de Capacitaciones Programadas.	100%	Indicador Trimestral enero-marzo.	100%	El número de capacitaciones programadas en el Plan de Capacitación, según el registro de la SVE, fue de 773 capacitaciones, frente al número de capacitaciones realizadas en el trimestre fue de 773 en el trimestre, para un cumplimiento del 100%, alcanzando la meta propuesta.
				100%		
	65	Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones obligatorias para Habilitación y Acreditación.	100%	Indicador Trimestral enero-marzo.	100%	Las Capacitaciones programadas en el primer trimestre de la vigencia en temas obligatorios para Habilitación y Acreditación del Hospital, fue de 9 capacitaciones, según registro de la SVE. Las capacitaciones realizadas en el primer trimestre sobre el mismo tema, fue de 9 capacitaciones, cumpliendo así con la meta propuesta.
				100%		
	66	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Bienestar.	100%	Indicador Trimestral enero-marzo.	100%	Se observó cumplimiento de la meta propuesta, donde se planearon 25 actividades de Bienestar y se dio cumplimiento a las mismas.
				100%		
	67	Porcentaje de ejecución del Plan de SGSST.	100%	Indicador Trimestral enero-marzo	98.70%	Se evidenció en la Suite Visión Empresarial, donde el número de actividades programadas dentro del primer trimestre de la vigencia, fue de 77 actividades y como resultado se realizaron 76; no alcanzando el estándar planeado. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda al Área de Seguridad y Salud en el Trabajo, registrar en la Suite Visión Empresarial, las 77 actividades propuestas para el indicador y su respectivo cumplimiento de avance; por otra parte, establecer las causas por las cuales no se logró la meta establecida y generar las correspondientes estrategias con el fin de lograr el cumplimiento del indicador.
				98.70%		
	68	Promedio de interacción de publicaciones en Facebook.	≥ 4	Indicador Mensual Ene= 4 Feb= 3.98 Marz= 4.59	100%	Se observa cumplimiento de meta en los meses de enero y marzo. Para el mes de febrero no se logró el cumplimiento esperado. Se recomienda al Área de Comunicación y Relaciones Públicas, realizar los ajustes que permitan lograr el cumplimiento de la meta en los próximos periodos a evaluar.
	69	Porcentaje de cumplimiento y avance del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC.	100%	Indicador Trimestral enero-marzo	100%	Las actividades programadas para el cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, dentro del primer trimestre fue de 44 actividades, frente a las actividades realizadas según los registros de la SVE, fue de 44 actividades cumplidas para un indicador del 100%. Las actividades se observan el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
				100%		
	70	Porcentaje de oportunidad en la contestación de las demandas notificadas en contra del HOMIL.	100%	Indicador Trimestral enero-marzo	100%	El número de demandas notificadas al HOMIL, dentro del primer trimestre, fue de 12; frente al número de demandas contestadas dentro del término judicial; de las cuales se dio respuesta a 12, según los datos de la SVE, permitiendo concluir el cumplimiento del 100% de la meta propuesta.
				100%		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
		VERSIÓN: 01
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 18 de 19
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

OBJETIVO No. 6 GENERAR COMPROMISO, DESARROLLO Y CRECIMIENTO INSTITUCIONAL SVE: 99.78%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
	71	Presentar y realizar el estudio de las solicitudes de conciliación presentadas ante el comité de conciliación del HOMIL.	100%	Actividad a realizar: Informe de conciliaciones del primer trimestre.	100%	Se evidenció registro del informe en la Suite Visión Empresarial, dando cumplimiento a la meta propuesta.
	72	Realizar gestión jurídica para prevenir y mitigar los daños, perjuicios y riesgos asociados de gestión de Tutelas	100%	Actividad a realizar: Informe de Tutelas.	100%	Se evidenció registro del informe en la Suite Visión Empresarial, dando cumplimiento a la meta propuesta.

Análisis Objetivo No. 6: El resultado del aplicativo SVE, para el sexto objetivo en el primer trimestre fue del 99.78%. Las actividades que no alcanzaron la meta propuesta, fueron: 1- Porcentaje de ejecución del Plan de SGSST.

2 Criterio

El procedimiento: *“Formulación, elaboración, actualización y seguimiento de Planes Institucionales, código: PL-OAPL-PR-10. Versión:02. Fecha de emisión: 18/08/2021”*; menciona en el numeral 3. *“Definiciones propias del procedimiento...Indicadores: Comparación entre dos o más datos que sirva para elaborar una medida cuantitativa o una observación cualitativa. Esta comparación arroja un valor, una magnitud o un criterio, que permite medir o controlar un parámetro con el fin de evaluar el cumplimiento de actividades estratégicas, objetivos específicos, objetivos estratégicos, perspectivas y Plan de Acción Institucional”*.

5.3.3 Causa

Considerada la causa; como los motivos o las razones por las cuales se presentaron las desviaciones en el alcance de las metas propuestas, estas son de conocimiento por parte de cada Servicio o Área responsable en cada uno de los objetivos del Plan dentro del cual participan.

5.3.4 Consecuencia

Como resultado en la medición de los indicadores obtenidos a través de la Suite Visión Empresarial, donde se comparan datos cuantitativos (en unos casos) y/o cualitativos (en otros); como consecuencia se tiene, que se puede presentar al final de la vigencia, la posibilidad de resultados esperados los cuales no cumplan con los estándares establecidos.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 19 de 19

Recomendación

La Oficina de Control Interno recomienda a los responsables en los Servicios y/o Áreas, donde no se alcanzó los niveles esperados, de acuerdo con las metas propuestas en los objetivos Nos.1, 2, 3, 5 y 6, del Plan de Acción Institucional-2022; revisar y establecer los posibles impedimentos por los cuales no se alcanzaron las metas esperadas; con el fin corregir las desviaciones posteriores de los indicadores. Los Servicios y/o Áreas donde se debe registrar informes, es conveniente colocar los registros de los mismos en la SVE.

Conclusión:

La Oficina de Control Interno, una vez realizado el seguimiento al Plan de Acción Institucional para el primer trimestre 2022, concluye que, de las 72 actividades programadas, 54 alcanzaron el 100% cumplimiento de meta; 18 de las actividades programadas no alcanzaron a lograr la meta establecida. Por otra parte, todas actividades programadas en el primer trimestre 2022, presentaron avance para dar cumplimiento al Plan.



Auditor: Alfredo Armando Jiménez Acuña.
OPS Contratista