

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY,SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 1 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del informe	Plan de Acción Institucional. PAI– Segundo Trimestre/2022. Corte 30 de junio 2022.
Dependencia (s)	ASESORA DE PLANEACION
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 OCI, 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.

El ejercicio de evaluación y seguimiento, es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones del Hospital Militar Central; fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

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, realizó la evaluación del desempeño y cumplimiento de las actividades que componen el Plan, emitiendo las recomendaciones para alcanzar las acciones propuestas.

2. OBJETIVO

Realizar evaluación y seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción Institucional de la 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 segundo 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 abril hasta el 30 de junio/22, frente a las actividades parametrizadas en la plataforma Suite Visión Empresarial. SVE.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 2 de 24

4. METODOLOGIA

La evaluación se desarrolla aplicando técnicas de auditoría como: verificación documental registrada en la plataforma de la Suite Visión Empresarial, observaciones y análisis de los comportamientos de los indicadores, prueba de controles a través de la verificación de porcentajes alcanzados, entre otras.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

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

El Plan de Acción Institucional para el segundo trimestre 2022, tiene programadas para desarrollar por parte de las Áreas y Servicios, un total de 88 actividades; así:

5.1 CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PLAN DE ACCIÓN POR OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO	Total Actividades vigencia 2022	No. de actividades programadas para el segundo trimestre/22.	% Actividades programadas segundo trimestre/22	No. de actividades Cumplidas Totalmente en el segundo trimestre/22.	Número de Actividades que no alcanzaron el cumplimiento de la meta programada en el segundo trimestre/22.
1. Asegurar la prestación de los servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización.	29	29	100%	22	7
2. Generar Innovación e intercambio de conocimiento.	12	11	92%	8	3
3. Fortalecer el modelo de gestión por procesos y la cultura de mejoramiento.	18	17	94%	13	5
4. Fortalecer herramientas Tecnológicas que Optimicen la Atención al Paciente.	9	8	89%	5	3
5. Optimizar la Gestión Financiera.	11	9	82%	6	3
6. Generar Compromiso, Desarrollo y Crecimiento Institucional	20	14	70%	14	0
Promedio de Cumplimiento	99	88	88%	67	21

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

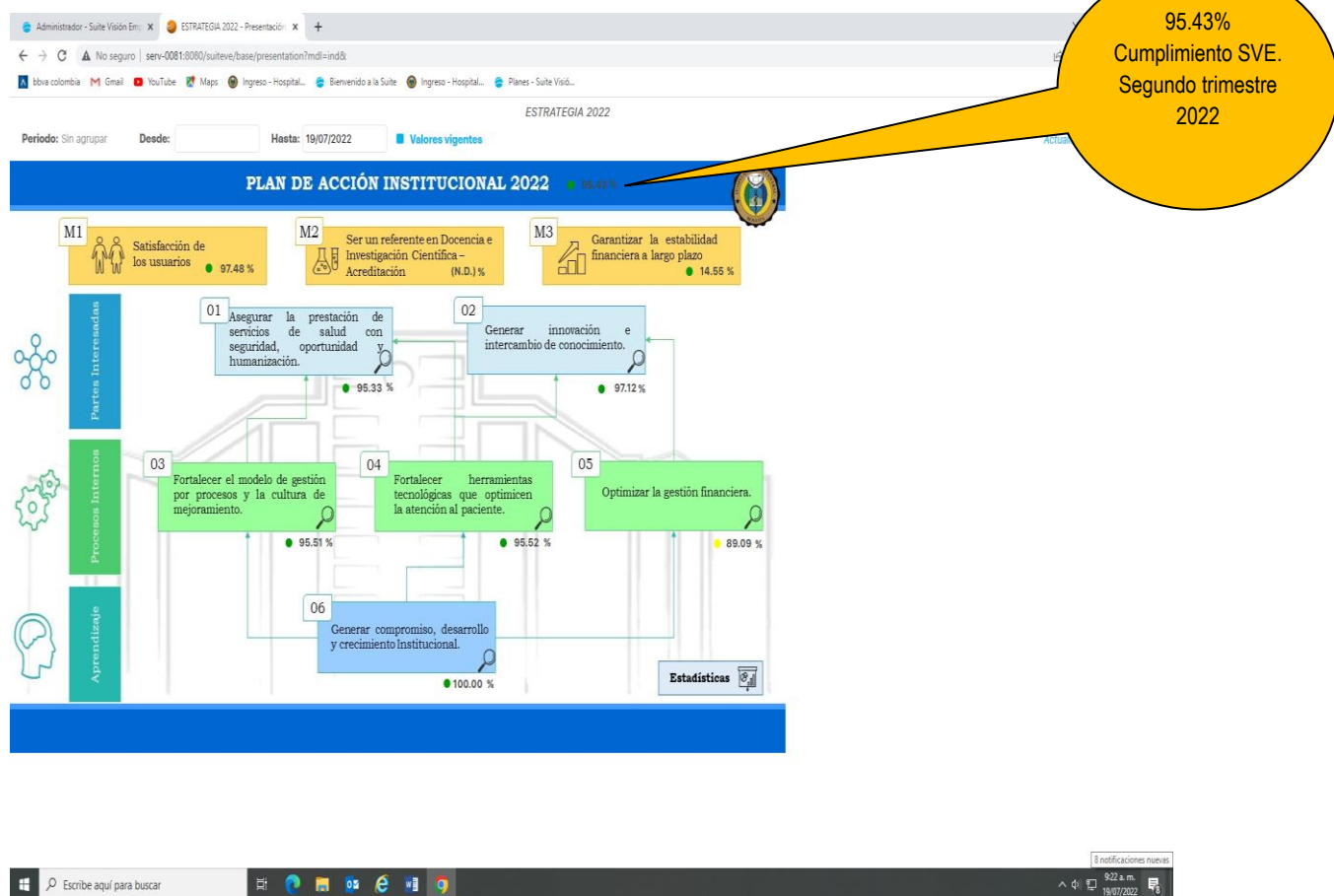
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 3 de 24

Análisis: El anterior cuadro, permite dimensionar la composición del Plan de Acción para el segundo trimestre 2022, observando que las 88 actividades programadas, todas evidenciaron avances para el logro de las metas propuestas dentro del periodo observado; sin embargo, se evidenció que: 67 actividades alcanzaron la meta propuesta y 21 del total, no lograron el límite fijado de cumplimiento.

5.2 Seguimiento al cumplimiento Plan de Acción Segundo Trimestre 2022.

La Oficina de Control Interno evidenció para el segundo trimestre vigencia 2022, la planeación de 88 actividades a gestionar dentro del periodo 01 de abril y el 30 de junio/22; teniendo en cuenta las correcciones del PAI actualizado, evidenciándose un cumplimiento estimado del 95.43% (dato otorgado por la SVE), así:

5.3.1 Condición General



Fuente de Información: Plataforma Suite Vision Empresarial. 19 de julio/22.

Análisis: Con base en el anterior cuadro, se observa cumplimiento de las actividades programadas para el segundo trimestre 22, en 95.43%; según la SVE. El objetivo No. 6. "Generar compromiso, desarrollo y Crecimiento Institucional", alcanzó un desempeño del 100%; mientras que, en un menor porcentaje de cumplimiento, el Objetivo No. 5. "Optimizar la Gestión Financiera, obtuvo el 89.09%.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 4 de 24

5.3.1.1 CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PLANEADAS SEGUNDO 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 segundo trimestre; observando lo siguiente:

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: SEGUNDO TRIMESTRE: 95.33% PRIMER TRIMESTRE: 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 abril-junio.	100%	Se observó cumplimiento del 88.27%, sobrepasando la meta esperada en el 8.27%. dentro del consolidado del segundo trimestre. El comportamiento trimestral fue determinado por el número de pacientes 271 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. 307 pacientes en el trimestre.
				88.27%		
	2	Oportunidad en la entrega de prótesis y sockets a los usuarios antes de 90 PADPA desde emisión fórmula	≥80%	Indicador Semestral enero-junio	82.14%	La meta propuesta, alcanzó el 65.71%, un porcentaje menor en 14.29% de la meta esperada. Las causas por las cuales no se cumplió el indicador, fueron: Quedaron pendientes de entrega 36 pacientes, que se entregaron después de 90 días en Florencia. Lo anterior por dificultad para trasladarse a Florencia con el carro taller por derrumbes en la vía. Esto tomó tres semanas más de lo planeado. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a la Unidad Clínico Quirúrgica, diseñar planes de contingencia necesarios para el logro en la oportunidad en la entrega de prótesis y sockets a los usuarios dentro del tiempo programado.
				65.71%		
	3	Medición movilidad protésica paciente miembro inferior	≥24 Puntos	Indicador Trimestral abril-junio.	100%	El cumplimiento para el segundo trimestre 2022, de esta actividad fue del 29.16, sobrepasando la meta en 5.16 puntos, dentro del consolidado del segundo trimestre; lo anterior debido al promedio del resultado del cuestionario de movilidad protésica, cantidad 432, frente al número total de pacientes miembro inferior que diligencian el cuestionario, 12.597 en el trimestre para este caso.
				29.16 puntos		
1.2 Gestión Farmacéutica y de dispositivos médicos	4	Porcentaje de Inspecciones efectuadas en las BPE	100%	Indicador Semestral enero-junio	86.67%	El porcentaje de cumplimiento de inspecciones efectuadas en las BPE, logró el 86.67% de gestión de cumplimiento, de acuerdo con el número de inspecciones realizadas en la CAM= 26 y el número de inspecciones programadas en la CAM= 30. Los impedimentos presentados, fueron: "Para el segundo trimestre se evidencian algunos mantenimientos pendientes, de lo cual se ha establecido quien lo debe hacer: cambios de piso lo debe hacer Amarey; mantenimiento entorno piso técnico (UMA), lo debe realizar el HOMIL. De estos dos aspectos el HOMIL
				86.67%		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 5 de 24

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: SEGUNDO TRIMESTRE: 95.33% PRIMER TRIMESTRE: 97.98%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION OCIN
						tiene pendiente generar respuesta respecto del tipo de piso a cambiar y del mantenimiento del piso Técnico aún no se recibe respuesta de la Unidad de Mantenimiento". Para la Oficina de Control Interno el sustento de las causas por las cuales no se alcanzó el cumplimiento de la meta; no es valido debido a que se debió realizar en el tiempo programado las inspecciones a la CAM. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a la Unidad de Farmacia, llevar a cabo las inspecciones programadas, con el fin de dar cumplimiento al indicador.
	5	Porcentaje de inspecciones efectuadas en las BPM	100%	Indicador Semestral enero-junio 100%	100%	El porcentaje de cumplimiento de inspecciones efectuadas en las BPM, tiene como resultado, la relación entre el número de inspecciones realizadas en la planta aire medicinal= 48 y el número de inspecciones programadas en la planta aire medicinal= 48; logrando la meta propuesta.
1.4 Oportunidad, Seguridad y Humanización en la Prestación	6	Porcentaje de disponibilidad Hospitalaria	≤85%	Indicador Mensual Abril= 73.36% Mayo= 76.13% Junio= 71.34% Prom. Trimestre 73.61%	100%	De acuerdo con el resultado del indicador mensual, promediado de los meses abril, mayo y junio, el cual se ubicó en el 73.61%, se observa cumplimiento de la meta esperada por debajo del 85% de la meta establecida.
	7	Giro cama de Hospitalización	≥ 3.4%	Indicador Mensual Abril= 3.23% Mayo= 2.94% Junio= 3.33% Prom. Trimestre 3.17%	93.24%	Se observó según el desempeño del indicador propuesto, que como resultado promediado para el trimestre se alcanzó el 3.17% cumplimiento; por lo que no se alcanzó cumplimiento de la meta propuesta ≥ 3.4%. No se observa dentro de la ficha de análisis presentada por el servicio de Unidad Médica Hospitalaria, los respectivos análisis que requiere la ficha sobre el comportamiento del indicador, las dificultades o problemas presentados, de la misma manera no se observa Eel planteamiento de acciones de mejora para perfeccionar los resultados del indicador. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a la Unidad Médica Hospitalaria, se evalúe los aspectos que impactan de manera negativa en el cumplimiento del indicador de Giro de Cama, con el fin se tomen las medidas necesarias.
	8	Porcentaje Cancelación de Cirugías Programadas	≤ 10 %	Indicador Mensual Abril= 1.89% Mayo= 1.50% Junio= 2.53% Prom. Trimestral 1.97%	100%	La meta fue alcanzada y superada en el 8.03%, considerando que la meta se encuentra determinada en ≤ 10 % y el valor logrado fue del 1.97%. Meta cumplida.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 6 de 24

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: SEGUNDO TRIMESTRE: 95.33% PRIMER TRIMESTRE: 97.98%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION OCIN
	9	Oportunidad Cirugías Programadas desde la recepción de documentos completos en la oficina de programación cirugía por parte del paciente.	≤ 30 días	Indicador Mensual Abril= 30.83% Mayo= 27.78% Junio= 24.72% Prom. Trimestre. 27.77 días	100%	La meta se logró teniendo en cuenta que la oportunidad en cirugías programadas desde la recepción de documentos se logró en 27.77 días de los 30 días programados para el concepto de oportunidad.
	10	Oportunidad en la asignación de citas especializadas en general (1ra vez)	≤ 30 días	Indicador Mensual Abril= 16.53 días May= 19.70 días Jun= 22.79 días Prom. Trim. 19.67 días	100%	El indicador 19.67 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.
	11	Porcentaje Cancelación de citas especializadas en general.	≤ 5 %	Indicador Mensual Abril= 0.19% Mayo= 0.17% Junio= 0.07%	100%	Teniendo en cuenta la meta del ≤ 5% y el logro alcanzado del 0.15% por debajo de parámetro establecido, se concluye que la meta sobrepasó el estimado en el 4.985%, cumpliéndose para el segundo trimestre.
	12	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (Triage 2).	≤ 30 min.	Indicador Mensual Abril= 14 min. Mayo= 14 min. Junio = 15 min. Prom. Trimestre 14.33 minutos	100%	El estándar para el segundo trimestre/2022, se estableció en 14.33 minutos promedio, ubicándose por debajo de la meta propuesta de ≤ 30 min. Meta cumplida y sobrepasada en 15.67 minutos en la oportunidad en atención en consulta de Urgencias (Triage 2).
	13	Oportunidad Servicio de imagenología paciente ambulatorio	≤ 6 días	Indicador Mensual Abril= 10.04 días Mayo= 6.07 días Junio= 6.02 días Prom. Trimestre 7.38 días	81.3%	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, el indicador tomó en el mes de abril 4.04 más de los días previstos de la meta; lo anterior debido a: "Retraso en el cumplimiento de la meta esperada, porque no se cuenta con 4 radiólogos para la interpretación de la totalidad de los estudios en los tiempos previstos para tal fin, se igual forma se evidencia que la apertura de agendas de manera mensual brinda la posibilidad de agendamiento a la largos periodos dentro del mes, por otro lado, el día 30 de abril siendo las 15:00 horas aproximadamente se presenta daño en el data center del hospital dejando sin red de datos al sistema radiológico "RIS/PACS" afectando la prestación del servicio y la oportunidad en la atención por un lapso de 24 horas". En el mes de mayo tomó 0.07 días adicional y en el mes de junio: 0.02 días adicionales; no se reportó limitaciones. Recomendación: Dentro del análisis La Oficina de Control Interno, se recomienda contar con un plan de contingencia, que permita minimizar los aspectos que puedan impactar el indicador en especial los casos que ya se han presentado; asegurando el

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 7 de 24

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: SEGUNDO TRIMESTRE: 95.33% PRIMER TRIMESTRE: 97.98%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION OCIN
						nivel de oportunidad del servicio de imagenología en paciente ambulatorio con relación a la meta programada.
	14	Oportunidad de la atención en servicios de resonancia magnética ambulatoria	≤ 11 días	Indicador Mensual	72.23%	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 15.23 días trimestre promedio; la causa de la desviación, según el servicio, se debió a: Retraso por aumento de 183 estudios que equivalen al 25%; de la misma manera se observa que se tomó acción para atender la alta demanda, aumentando un paciente cada 20 minutos en un lapso de tiempo. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico; tener presente que el aspecto sobre la demanda del servicio, puede ser variable de acuerdo con temporadas o periodos; para lo cual y con el propósito de alcanzar la meta propuesta, se recomienda mantener una estrategia para atender en determinado momento las demandas imprevistas del servicio.
				Abril= 13.87 días May= 16.70 días Jun = 15.12 días Prom. Trimestre 15.23 días.		
	15	Oportunidad en la atención en servicios de resonancia magnética en hospitalización.	≤ 24 Horas.	Indicador Mensual	78.77%	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 6.47 horas en promedio trimestral. El análisis reportado por el servicio, fundamenta el resultado en: "Retraso en el cumplimiento de la meta esperada, teniendo en cuenta un aumento de estudios para pacientes hospitalizados, estudios solicitados con contraste, estudios solicitados con neuro eje que requieren como mínimo dos horas para la toma, superando los tiempos definidos para realización de estudios de pacientes hospitalizados, que se reservan diariamente, ordenes de estudios de resonancia que se evidencian en el sistema como anuladas en dinamica gerencial, se presentaron en el mes de junio fluctuaciones del fluido electrico, teniendose que reiniciar el equipo varias veces durante el transcurso del mes (25 minutos). Acciones de mejora: Se ampara el horario de atencion de pacientes ambulatorios, agendando un (1) paciente cada 20 minutos de 19:00 a 00:00 hrs, con el fin de mejorar la oportunidad en la atencion de pacientes con estudios de resonancia."
				Abril= 29 días May= 34.33 días Jun = 28.09 días Prom. Trimestre 30.47 horas		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
  Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por nuestros Fuertes Armados, por Colombia y por	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 8 de 24

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: SEGUNDO TRIMESTRE: 95.33% PRIMER TRIMESTRE: 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, adoptar un plan de contingencia que contenga los aspectos relevantes que afectan las variables de cumplimiento en la oportunidad de los servicio de resonancia, asegurando el cumplimiento del indicador planeado.
	16	Oportunidad de la atención en servicios de TAC en el servicio de Hospitalización	≤ 24 horas	Indicador Mensual Abr= 26.52 hras May= 23.84 hras Jun= 18.47 hras Prom. Trimestre 22.94 horas	100%	Se observa que, en mes de abril, la meta propuesta, no alcanzó su cumplimiento, tomando 2.52 horas por encima de la meta. Para los meses de mayo y junio, la meta cumplió el indicador establecido para la actividad, analizando el indicador de forma trimestral, se cumplió con la meta.
	17	Oportunidad de la atención en servicios de RX de Hospitalización	≤ 12 horas	Indicador Mensual Abril= 10.61 hras May= 11.73 hras Jun= 11.36 hras Prom. Trimestre 11.23 horas	100%	Se evidencia cumplimiento de la meta en los tres meses observados; donde se alcanzó en promedio trimestral la oportunidad en 11.23 horas.
	18	Oportunidad de la atención en servicios de Ecografía en el servicio de Hospitalización	≤ 12 horas	Indicador Mensual Abril= 6.06 horas May= 8.53 horas Jun= 7.13 horas Prom. Trimestre 7.24 horas	100%	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 7.24 horas promedio trimestre.
	19	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorios en servicios de urgencias	≤ 80 min.	Indicador Mensual Abril= 75.78 min. May= 77.15 min. Jun= 74.29 min. Prom. Trimestre 75.74 minutos	100%	La meta se observa cumplida, de acuerdo con el resultado del indicador, establecido en ≤ 80 min, lográndose la meta en 75.74 min. Trimestral.
	20	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorios hospitalizados	≤ 110 min.	Indicador Mensual Abril= 96.48 min May= 100.2 min Junio= 99 min Prom. Trimestre 98.57 minutos	100%	La meta propuesta se cumplió de acuerdo con el indicador aplicado, resultando un cumplimiento de entrega de resultados en 98.57 min. Promedio trimestral, frente a la meta límite de ≤ 110 min.
	21	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorios UCI	≤ 90 min.	Indicador Mensual Abril= 72.56 min May= 77.22 min Jun= 69.39 min Prom. Trimestral 73.06 minutos	100%	Meta cumplida según el resultado del indicador 73.06 minutos, frente a la meta de ≤ 90 min.
	22	Oportunidad de inicio o de continuidad de antibióticos	≥ 99%	Indicador Mensual Abril= 99.62% Mayo=99.59% Junio= 99.24% Prom. Trimestre 99.49%	100%	La meta fue cumplida dentro del segundo trimestre de la vigencia, con un nivel del 99.49%.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 9 de 24

OBJETIVO No. 1 ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN. INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE: SEGUNDO TRIMESTRE: 95.33% PRIMER TRIMESTRE: 97.98%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION OCIN
	23	Tasa Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud. IACS	≤ 3 por cada 1000 días de estancia	Indicador Mensual Abril= 2.81 Mayo= 2.44 Junio= 2.34 Prom. Trimestral 2.53 por cada 1000 días de estancia	100%	La meta propuesta a partir del indicador, arrojó un promedio trimestral de una tasa de 2.53 de infecciones asociadas al cuidado de salud, frente al límite proyectado de ≤ 3. Alcanzando la meta propuesta.
	24	Reporte Reacciones adversas a medicamentos paciente hospitalizado (RAM PH)	≥ 7	Indicador Mensual Abril = tasa 7.59 Mayo= tasa 7.71 Junio= tasa 8.01 Prom. Trimestral Tasa= 7.77	100%	La tasa meta propuesta se cumplió para los tres meses observados.
	25	Reporte Reacciones adversas a medicamentos paciente ambulatorio (RAM PA)	≥ 1	Indicador Mensual Abril= 1.15 Mayo= 1.04 Junio = 1.16 Prom Tasa Trim: 1.12	100%	En línea con el parámetro establecido de reacciones adversas a medicamentos paciente ambulatorio, cuya tasa se estableció en ≥ 1, esta se cumplió con un resultado de 1.12 de tasa promedio trimestral.
	26	Reporte de Eventos Adversos	≤ 8.5%	Indicador Mensual Abril= 6.49% Mayo= N/D Junio = N/D	%	El indicador de reporte de eventos adversos, se encuentra planeado de forma mensual. Verificado en la plataforma SVE, únicamente se registró el dato correspondientes al mes de abril. No se evidenció información de los meses de mayo y junio. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a Área de Gestión de Calidad, registrar en la SVE, el reporte mensual del resultado del indicador de la actividad sobre eventos adversos, de acuerdo como la periodicidad planeada.
	27	Proporción de usuarios o Acompañantes que percibieron trato deshumanizado durante la atención en el HOMIL	≤ 0.1%	Indicador Mensual Abril= 0.01% Mayo= 0.00% Junio= 0.01% Prom. Trim= 0.01%	100%	Se observa alcance de la meta propuesta, la cual logró el 0.01%, menor al objetivo del ≤ 0.1%.
	28	Porcentaje de personas/servicios intervenidos en trato humanizado con actividades de refuerzo	100%	Indicador Trimestral 100%	100%	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, logró el estándar propuesto.
	29	Oportunidad en la Respuesta de las PQRSDF	100%	Indicador Mensual Abril=328 PQRSDF May= 361 PQRSDF Jun= 329 PQRSDF Prom. Trimestral 1018 PQRSDF. respondidas en el trimestre.	100%	Según el indicador aplicado a la actividad sobre la oportunidad en la respuesta de las PQRSDF, la actividad se cumplió, de acuerdo con la relación, del número de PQRSDF respondidas en términos de Ley y el número total de PQRSDF recibidas en el periodo. 100% logrado.

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

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 10 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Análisis Objetivo No. 1: La medición obtenida del aplicativo SVE, para el primer objetivo en el segundo trimestre fue del 95.33%; comparado frente al primer trimestre (97.98%), observándose un menor cumplimiento de meta comparados los dos trimestres, en -2.65%. Las actividades que no alcanzaron la meta propuesta, fueron: 1- Oportunidad en la entrega de prótesis y sockets a los usuarios antes de 90 PADPA desde emisión fórmula. 2- Porcentaje de Inspecciones efectuadas en las BPE. 3- Oportunidad Servicio de imagenología paciente ambulatorio. 4- Giro de Cama. 5- Oportunidad de la atención en servicios de resonancia magnética ambulatoria. 6- Oportunidad en la atención en servicios de resonancia magnética en hospitalización. 7- Reporte de Eventos Adversos. (No reportó información de los meses de mayo y junio).

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 que permitan alcanzar el logro de las actividades.

OBJETIVO No. 2						
GENERAR INNOVACIÓN E INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO						
INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 97.12%. PRIMER TRIMESTRE: 99.82%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
2.1.1. Relación Docencia Servicio.						
2.1 Alianzas Académicas y Científicas	30	Porcentaje de retención de estudiantes (postgrados)	≥90%	Indicador Trimestral abril-junio. 99.68%	100%	Como resultado de la aplicación del indicador que mide la retención de estudiantes (postgrados), arrojó un cumplimiento del 99.68%, determinando el cumplimiento de la meta propuesta.
	31	Porcentaje de Recursos gestionados de Ley de Residentes.	100%	Indicador Trimestral abril-junio.	95.62%	El indicador aplicado a la ejecución de recursos de ley de residentes, dio como resultado el 95.62% de ejecución, con lo cual no logró la meta propuesta. La Unidad de Formación y Docencia, registró como análisis, sobre el indicador, lo siguiente: "En este indicador de ejecución nos afecta gravemente el que no se haya concretado el plan de inversión por \$1.244.233.870 con la UMNG debido a la ley de garantías. No obstante, se hizo la gestión, seguimiento y solicitud reiterada a la Universidad para que realizara las contrataciones respectivas para ejecutar ese monto. Se insistirá a la UMNG en la materialización del plan de inversión. Existe un rezago entre la gestión por parte de la SDIC y la materialización de esas solicitudes en bienes o servicios por parte de las universidades. Dicho rezago se presenta por el trámite administrativo interno de las instituciones educativas. Por lo anterior en el indicador se presentan los datos de gestión. Acciones de mejora: Proyectar el plan de inversión por la totalidad de recursos pendientes de las demás instituciones educativas en busca de ejecutar los recursos pendientes a diciembre de 2021 por ley de residentes.
				95.62%		
						Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a la Unidad de Formación y Docencia, de acuerdo con la acción de mejora planteada y una vez desarrollada, registrar en el próximo periodo, el resultado alcanzado de la propuesta de mejora desarrollada.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 11 de 24

OBJETIVO No. 2						
GENERAR INNOVACIÓN E INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO						
INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 97.12%. PRIMER TRIMESTRE: 99.82%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
	32	Porcentaje de ejecución de recursos ley de residentes.	100%	Indicador semestral	39.67%	El porcentaje de ejecución de los recursos de la ley de residentes, logró el 39.67%, no alcanzando la meta propuesta del 100% en el primer semestre 2022. La Unidad de Formación y Docencia registra el siguiente análisis de cumplimiento: “En este indicador de ejecución nos afecta gravemente el que no se haya concretado el plan de inversión por \$1.244.233.870 con la UMNG debido a la ley de garantías. No obstante, se hizo la gestión, seguimiento y solicitud reiterada a la Universidad para que realizara las contrataciones respectivas para ejecutar ese monto. Se insistirá a la UMNG en la materialización del plan de inversión. Existe un rezago entre la gestión por parte de la SDIC y la materialización de esas solicitudes en bienes o servicios por parte de las universidades. Dicho rezago se presenta por el trámite administrativo interno de las instituciones educativas. Acciones de mejora: Proyectar el plan de inversión por la totalidad de recursos pendientes de las demás instituciones educativas en busca de ejecutar los recursos pendientes a diciembre de 2021 por ley de residentes.”
				Semestre enero-junio. 39.67%		
	33	Porcentaje de satisfacción en el acompañamiento en la relación docencia servicio.	100%	Indicador Trimestral abril-junio.	100%	En el segundo trimestre, se evidencia el cumplimiento de la meta propuesta, a través del resultado del indicador para el periodo observado.
				100%		
	34	Porcentaje de satisfacción en el acompañamiento a los servicios en el desarrollo de proyectos de investigación.	100%	Indicador Trimestral abril-junio.	100%	El número de servicios satisfechos con prácticas formativas en postgrados 9, frente al número total de servicios con prácticas formativas en postgrado 9. Determina el cumplimiento en el 100% de la meta propuesta.
				100%		
2.2 Desarrollo Tecnológico aplicado a Salud	35	Proporción de cumplimiento de seguimiento de cronogramas en los protocolos de investigación.	100%	Indicador Trimestral abril-junio.	100%	Los protocolos de investigación con seguimiento en el periodo 79, frente al número de protocolos de investigación aprobados 79; permite establecer el cumplimiento de la meta del 100% de la meta propuesta.
				100%		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 12 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

OBJETIVO No. 2						
GENERAR INNOVACIÓN E INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO						
INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 97.12%. PRIMER TRIMESTRE: 99.82%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
	36	Ejecución de recursos de proyectos de investigación financiados.	100%	Indicador Trimestral abril-junio.	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%, la Unidad de Investigación Científica, registro en la SVE, el siguiente análisis del indicador: "Se aclara que los recursos reportados en este indicador corresponden a la vigencia 2020, en la cual se desarrolló Convocatoria Conjunta con la Universidad de Los Andes. Los recursos pendientes por ejecutar corresponden al proyecto 2020017 que se encuentra vigente hasta agosto 2022 y presenta un saldo disponible de \$5,161,404 en el informe emitido por la Universidad de Los Andes con corte al 11 de mayo 2022". Como acción de mejora, propone: "Para el tercer trimestre de 2022 se prevé el cierre financiero de los proyectos de convocatoria 2020 y el inicio de la ejecución de recursos asignados al proyecto aprobado en convocatoria 2022. Se realizará seguimiento mensual a la ejecución para implementar oportunamente acciones de control y gasto presupuestal." Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a la Unidad de Investigación Científica; de acuerdo con la acción de mejora propuesta y una vez gestionada, se registre el resultado obtenido en el próximo periodo en la Suite Visión Empresarial.
				98.92%		
2.3 Formación para el trabajo en el área de la salud	37	Porcentaje de vinculación Laboral de los egresados de la ESAE	≥ 80 %	Indicador Semestral enero-junio	100%	La meta propuesta del ≥ 80%, fue superada según el resultado del indicador, cuyo valor fue del 95.16%.
				95.16%		
	38	Porcentaje de retención de estudiantes de la ESAE.	≥ 95 %	Indicador Trimestral abril-junio	100%	La meta propuesta del ≥ 95%, fue superada según el resultado del indicador, cuyo valor fue del 98.38%.
				98.38%		
	39	Porcentaje de Capacitaciones dictadas de educación virtual ESAE	100%	Indicador Semestral enero-junio	100%	Las capacitaciones dictadas de educación virtual ESAE, programadas=2, frente al número de Capacitaciones dictadas=26, permiten establecer el cumplimiento del 100% de la meta.
				100%		
	40	Porcentaje de satisfacción del Congreso Nacional de Enfermería	≥ 92 %	Indicador Anual a Junio	100%	La relación entre el porcentaje de satisfacción obtenido en el periodo=98%, frente al porcentaje de satisfacción esperado en el periodo= 92%, permite establecer el cumplimiento del 106.52%.
				106.52%		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 13 de 24

Análisis Objetivo No.2: La medición en el aplicativo SVE, con respecto al segundo objetivo, el indicador se ubicó en el 97.12% de cumplimiento, comparado con el resultado obtenido en el primer trimestre, donde se obtuvo un 99.82%, se observa una reducción del 2.7% respecto del logro de las metas propuestas. Las actividades que no alcanzaron el logro de meta, fueron: 1- Porcentaje de Recursos gestionados de Ley de Residentes. 2- Porcentaje de ejecución de recursos ley de residentes. 3- 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, en temas de presupuesto y ejecución.

OBJETIVO No. 3 FORTALECER EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CULTURA DE MEJORAMIENTO INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 95.51%. PRIMER TRIMESTRE: 92.42%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
3.1 Gestión por Procesos.	41	Proporción de actualización de documentos que componen el SIG	100%	Indicador Trimestral abril-junio.	94.79%	La meta implementada para el segundo trimestre, se planteó en el 100%, de lo cual se alcanzó un 94.79%, producto de la relación entre el número de documentos actualizados que cumplieron su periodo de vigencia. 2.870 y el número de documentos actualizados= 2913 y el número total de documentos que componen el SIG= 3073. Alcanzando una actualización del 94.79%. Revisado en la SVE, el análisis registrado por parte del líder del Área, este no se evidenció. Recomendación: La Oficina de Control Interno, reiterar sobre la recomendación dada en el anterior seguimiento: Recomendar al Área Gestión de Calidad, un análisis que permita establecer las causas por las cuales, no se alcanzó la meta propuesta y establecer estrategias para ajustar y/o mejorar el logro de la meta en los trimestres próximos a evaluar.
				94.79%		
	42	Proporción de materialización de riesgos por proceso.	≤ 10%	Indicador Cuatrimestral enero-mayo	96.71%	La meta establecida para el primer cuatrimestre 2022, se planteó en ≤ 10%, de lo cual se alcanzó un 10.34%, producto de la relación entre el número de riesgos materializados= 9 y el número total de riesgos identificados= 87. No alcanzándose la meta propuesta. En el Cuatrimestre I se presentó la materializaron de 9 riesgos, en diferentes procesos. Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda a Oficina Asesora de Planeación, implementar un plan de contingencia que comprenda aspectos como: Acompañamiento, Capacitación, seguimiento en tiempo real; de tal manera que permitan minimizar la porporcion de la materialización de riesgos por proceso.
				10.34%		
	43	Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento internos.	≥85%	Indicador Trimestral abril-junio	100%	La meta fijada en ≥85%, alcanzó el nivel esperado por encima de lo esperado; lo anterior, medido de acuerdo con los parámetros de la ficha técnica del indicador: El número de metas cumplidas en el periodo evaluado= 21 y el número de metas programadas en el periodo= 21.
				100%		
3.2 Gestión Ambiental	44	Porcentaje de Áreas inspeccionadas en residuos hospitalarios.	100%	Indicador Mensual Abril= 100% Mayo=100% Junio= 100%	100%	Según el indicador propuesto para la meta mensual, se cumplió dentro del trimestre observado; en el mes de abril=74/74, mayo=73/73 y en el mes de junio=74/74; para un total trimestral de número de áreas inspeccionadas=221, frente al número de áreas asistenciales que generan residuos sólidos=221. Cumplimiento del 100% de la meta.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 14 de 24

OBJETIVO No. 3 FORTALECER EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CULTURA DE MEJORAMIENTO INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 95.51%. PRIMER TRIMESTRE: 92.42%.																																								
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION																																		
	45	Porcentaje de cumplimiento de Capacitación de Gestión Ambiental.	100% 50 capacitaciones	Indicador mensual Ab= 50 capacit. May= 50 capacit. Jun= 50 capacit.	100%	Según el indicador de medición de la meta propuesta, el resultado de la medición, arrojó un cumplimiento del 100% de meta.																																		
	46	Porcentaje de personal capacitado de gestión ambiental	100% 400 personas	Indicador Mensual Abril= 100% Mayo= 104.5% Junio= 100%	100%	Se observa el cumplimiento de la meta propuesta en el mes de abril=400 personas capacitadas. Mayo= 418 personas capacitadas y junio=400 personas capacitadas. Cumpliendo la meta propuesta.																																		
	47	Realizar seguimiento del consumo efectivo agua potable, energía eléctrica y gas natural	100%	Actividad a Realizar: Informe de Consumo efectivo agua potable, energía eléctrica y gas natural (trimestre). Abril=100% Mayo=100% Junio= 0%	67%	Se evidenció registrado en la SVE del Informe de seguimiento del consumo de agua potable, energía eléctrica y gas natural; del segundo trimestre, así: <table><tr><th rowspan="2">Servicio</th><th colspan="2">Abril</th><th colspan="2">Mayo</th><th colspan="2">Junio</th></tr><tr><th>Consumo</th><th>Valor \$</th><th>Consumo</th><th>Valor \$</th><th>Consumo</th><th>Valor</th></tr><tr><td>Energía Eléctrica</td><td>348.510 kw</td><td>226.608.390</td><td>388.461 kw</td><td>212.413.790</td><td>Sin datos</td><td>Sin datos</td></tr><tr><td>Gas Natural</td><td>58.912 m3</td><td>127.184.934</td><td>54.305 m3</td><td>113.720.223</td><td>Sin datos</td><td>Sin datos</td></tr><tr><td>Agua</td><td>4.882 m3</td><td>29.324.360</td><td>4.882 m3</td><td>29.324.360</td><td>Sin datos</td><td>Sin datos</td></tr></table> Se observó que para el mes de junio no se evidencia seguimiento del comportamiento de los consumos; aspecto que el Plan de Acción Institucional. Objetivo No.3. Actividad No. 3.2.4 requiere como alcance a los tres meses programados en el PAI; con todo lo anterior: Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda: se realicen los ajustes necesarios con el fin de mantener el control en el seguimiento planeado y con las periodicidades establecidas en el PAI.	Servicio	Abril		Mayo		Junio		Consumo	Valor \$	Consumo	Valor \$	Consumo	Valor	Energía Eléctrica	348.510 kw	226.608.390	388.461 kw	212.413.790	Sin datos	Sin datos	Gas Natural	58.912 m3	127.184.934	54.305 m3	113.720.223	Sin datos	Sin datos	Agua	4.882 m3	29.324.360	4.882 m3	29.324.360	Sin datos	Sin datos
	Servicio	Abril		Mayo		Junio																																		
Consumo		Valor \$	Consumo	Valor \$	Consumo	Valor																																		
Energía Eléctrica	348.510 kw	226.608.390	388.461 kw	212.413.790	Sin datos	Sin datos																																		
Gas Natural	58.912 m3	127.184.934	54.305 m3	113.720.223	Sin datos	Sin datos																																		
Agua	4.882 m3	29.324.360	4.882 m3	29.324.360	Sin datos	Sin datos																																		
	48	Analizar y presentar los resultados de la medición de cantidad residuos generados por área/paciente	100%	Indicador Semestral enero-junio. 100%	100%	Se observa Informe publicado en la Suite Visión Empresarial, respecto del análisis y de los resultados de la medición de cantidad de residuos generados por área/paciente. Cumple 100% meta.																																		
3.3 Renovación Tecnológica y mantenimiento	49	Porcentaje de mantenimientos preventivos realizados de equipos biomédicos.	100%	Indicador Mensual Abril= 100 % Mayo= 100% Junio= 100%	100%	Se observa el cumplimiento de la meta, a través del número de equipos biomédicos con mantenimiento preventivo así: Abril: 466 equipos. Mayo: 364 equipos y junio 390 equipos; lo cual es concordante con el cumplimiento de la meta del número de equipos biomédicos proyectados para mantenimiento. 466, 364 y 390 respectivamente para cada mes. Mantenimientos observados en el trimestre: 1220 mantenimientos preventivos proyectados y 1220 realizados. Cumple 100%																																		
	50	Porcentaje de actualización de	100%	Indicador Mensual	100%	La meta está definida por el número de hojas de vida actualizadas: abril=815, mayo=614 y junio= 671, y el número de																																		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 15 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

OBJETIVO No. 3 FORTALECER EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CULTURA DE MEJORAMIENTO INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 95.51%. PRIMER TRIMESTRE: 92.42%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
		hojas de vida de equipos biomédicos		Abril= 100% Mayo= 100 % Junio= 100%		equipos biomédicos intervenidos: 2100 en total, para el cumplimiento del 100%, no se evidenció más registros.
	51	Porcentaje de calibraciones metrológicas realizadas de equipos biomédicos	100%	Indicador Mensual Abril= 100% Mayo=100% Junio= 100%	100%	La meta está definida por el número de equipos biomédicos con calibraciones metrológicas ejecutadas. Abril=219, mayo=161, junio= 202, frente al número de equipos biomédicos proyectados para calibración: 582 en el mismo periodo. Para un cumplimiento del 100%.
	52	Porcentaje de actualización de hojas de vida de equipos industriales.	100%	Indicador Mensual Abril= 100% Mayo=100% Junio= 100%	100%	Para el mes de abril el número de hojas actualizadas según el reporte, fue de 166 hojas, alcanzando el número de equipos intervenidos; para el mes de mayo se tenían proyectados 96 actualizaciones las cuales fueron cumplidas y en el mes de junio se cumplieron 114 actualizaciones, las cuales se tenía previsto actualizar, alcanzando la meta de cumplimiento del 100%.
	53	Porcentaje de cumplimiento de mantenimientos preventivos de equipos industriales	100%	Indicador Mensual Abril=100% Mayo=100% Junio=100%	100%	La relación entre el número de equipos industriales con, mantenimiento preventivo ejecutado 166.96 y 114 y el número de equipos industriales proyectados para mantenimientos 376 de acuerdo al plan, determinó el cumplimiento del 100%.
3.4 Optima infraestructura hospitalaria.	54	Porcentaje de ejecución de mantenimientos planeados de infraestructura de la entidad.	100%	Indicador Mensual Abril=85% Mayo= 100% Junio = 60%	81.67%	Según el registro evidenciado en la SVE, la meta no alcanzó el porcentaje de la meta propuesta; alcanzando el 81.67%. No logró cumplimiento de meta. El Área de Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental, registró el siguiente análisis sobre el impedimento y bajo desempeño del indicador; en el mes de mayo: "Factores Climáticos que entorpecen o retrasan los trabajos de Mantenimiento que se llevan a cabo". En junio: "Debido a las Condiciones Climáticas hubo un incremento de Pacientes en el área de Urgencias por lo cual dificultó que entregaran las salas y demás áreas para ser Intervenidas dentro del tiempo que estaba programado, de igual forma se debió intervenir terrazas y tejados para impermeabilizar e instalar tejas con el proposito de reparar goteras y filtraciones que se estaban presentando en algunos Servicios del Hospital, Se Finalizo con una actividad (Poceta, Sótano 2) que venia atrasada debido a diferentes actividades y trabajos que salen de Imprevistos, así mismo se habilitaron 07 Habitaciones que se encontraban bloqueadas por diferentes Novedades y se requerian de manera urgente por la cantidad de pacientes que llegan al hospital." Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda al Área de Mantenimiento, Talleres y Gestión Ambiental, disponer de un plan de contingencia, que permita dar alcance a la meta propuesta del indicador de ejecución de mantenimientos de infraestructura de la entidad.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 16 de 24

OBJETIVO No. 3 FORTALECER EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y LA CULTURA DE MEJORAMIENTO INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 95.51%. PRIMER TRIMESTRE: 92.42%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
3.5 Relacionamiento con Proveedores.	55	Porcentaje de oportunidad en la gestión contractual	≥ 80%	Indicador Mensual	100%	En observación realizada al indicador y las cifras registradas en la SVE, se evidenció un cumplimiento del 122.04% sobrepasando la meta proyectada.
				Abril=80.85% Mayo=145.28% Junio=140% Prom. Trimestral 122.04%		
	56	Porcentaje de oportunidad en la gestión de liquidación de contratos.	100%	Indicador Mensual	95.58%	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 Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda al Área Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos, la realización del análisis de las variables que permitan dar alcance al cumplimiento de la meta propuesta.
				Abril= 95.02% Mayo= 96.67% Junio=95.07%		
	57	Realizar el seguimiento y control a las solicitudes de actualización y/o modificación del PAA.	100%	Indicador Mensual	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: 3, arroja el resultado de cumplimiento del 100%.
				Abril=100% Mayo= 100% Junio= 100 %		

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

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- Proporción de materialización de riesgos por proceso. 3- Realizar seguimiento del consumo efectivo agua potable, energía eléctrica y gas natural. (faltando el dato del mes de junio). 4- Porcentaje de ejecución de mantenimientos planeados de infraestructura de la entidad. 5- Porcentaje de oportunidad en la gestión de liquidación de contratos; para lo cual, 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 INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 95.52%. PRIMER TRIMESTRE: 100%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
4.1 TIC Para el Estado.	58	Implementar la Estrategia de Gobierno Digital en el HOMIL.	100%	Informe trimestral de Implementación la estrategia de Gobierno Digital en el HOMIL.	100%	Se evidenció registrado en la SVE, el Informe del Segundo trimestre 2022, sobre la Implementación la estrategia de Gobierno Digital en el HOMIL.
	59	Implementar el	100%	Informe	100%	Se observó registro en la SVE, sobre el cumplimiento en la

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 17 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

OBJETIVO No. 4 FORTALECER HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS QUE OPTIMICEN LA ATENCIÓN AL PACIENTE INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 95.52%. PRIMER TRIMESTRE: 100%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
4.2 TIC Para el servicio al Ciudadano.		Modelo de Privacidad y Seguridad de la información.		trimestral de Implementación Modelo de Privacidad y Seguridad de la Información		implementación del modelo de privacidad y seguridad de la Información para el segundo trimestre-2022.
	60	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, del Informe sobre el cumplimiento en la implementación del modelo de privacidad y seguridad de la Información para el segundo trimestre.
	61	Implementar mejoras en el Sistema de Información (Portal Usuario).	100%	Informe de Implementación Modelo de Privacidad y Seguridad de la Información	100%	Se observó registro en la SVE, del Informe sobre la implementación de mejoras en el Sistema de Información (Portal Usuario).
4.2 TIC Para el servicio al Ciudadano.	62	Porcentaje de citas asignadas por Call Center	≥ 85%	Indicador Mensual	75.15%	De acuerdo con el resultado del indicador, se observa que la meta propuesta no logró el límite programado en ninguno de los meses observados. Revisado el análisis registrado por el Área de Atención al Usuario, se tiene: "Los datos para el numerador fueron tomados del reporte de asignación de citas de DINAMICA GERENCIAL.NET. En el denominador se tuvo en cuenta las llamadas atendidas por los agentes del call Center (9675) y solicitudes por correo electrónico - asignacioncitas@homil.gov.co (5630); y se descuentan las llamadas por fallas atribuibles al paciente Llamadas que ingresaron y no se asignó cita por causas atribuibles al usuario (autorización no dirigida al HOMIL (267), Autorización vencida (0), Cancelación de Cita (218), Confirmar cita(1270), Documentos incompletos (497), Llamada o correo a otro servicio(2304), Paciente no acepta disponibilidad de cita (120), Paciente sin autorización (196), reagendamiento de citas(115). Y se tuvieron en cuenta las llamadas que ingresaron y que no se logro asignar cita por causas atribuibles a algún proceso interno de la entidad (falla técnicas (180), disponibilidad de agenda (1421), paciente sin Historia Clínica (120)) Se sigue dejando llamadas sin código de conclusión. Acción de Mejora: "Realizar retroalimentación con el personal de agentes". Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda al Área de Atención al Ciudadano, medir el indicador de acuerdo con las variables planteadas en el PAI: Numerador: Número de Citas médicas asignadas en el call center, sobre el denominador: Número total de citas solicitadas en el call-center; sin tener en cuenta para efectos de la medición las variables fallidas, como: Autorizaciones vencidas,
				Abril=72.77% Mayo=82.26% Junio=70.41%		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 18 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

OBJETIVO No. 4 FORTALECER HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS QUE OPTIMICEN LA ATENCIÓN AL PACIENTE INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 95.52%. PRIMER TRIMESTRE: 100%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
						Cancelaciones de citas, confirmación de citas, documentos incompletos, llamada a otro servicio, paciente no acepta disponibilidad de cita, paciente sin autorización, reagendamiento de citas, etc. Situaciones que al tenerlas en cuenta para la medición impactan de forma negativa el resultado del indicador.
	63	Porcentaje de Cumplimiento del Sistema Integrado de conservación	100%	Indicador Trimestral abril-junio	100%	Según la medición del indicador de la SVE, el resultado otorgado es del 100% de cumplimiento.
				100%		
	64	Porcentaje de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos PINAR	100%	Indicador Trimestral abril-junio	84.21%	Observados los registros de la SVE, que corresponden a la meta se evidencia que, se realizaron 32 actividades de las 38 programadas. El registro del análisis del Área, sobre los resultados obtenidos, enuncia: <i>El impacto generado por el mayor tiempo que demandó la elaboración de las Tablas de Retención Documental – TRD, afectó el cronograma previsto para la elaboración de los demás instrumentos archivísticos que estaban estimados para iniciar el 1 de mayo y solo pudo iniciarse hasta el 2 de junio como consecuencia de lo antes señalado. Esto conllevó el retraso en la ejecución de las actividades como consecuencia de ello. Situación que implicó que la actividad de aprobación del instrumento archivístico se viera retrasada y no pudiera ser ejecutada dentro del tiempo señalado en el cronograma inicial. El cronograma definido para la elaboración del informe diagnóstico en las Etapas de Formulación de la Matriz DOFA, Etapa de Consolidación de Informe Final de Resultados del Análisis y Evaluación de Aspectos y la Etapa de Presentación ante la instancia competente, se vio afectado, como consecuencia de la priorización del proceso de elaboración y actualización de las TRD para su presentación ante el ente rector. Así las cosas, se retomó actividades hasta el 2 de junio lo que implicó trabajar sobre un cronograma mas limitado, aunado a ello, diferentes situaciones ajenas al proceso y la inoportunidad por parte de las áreas para la respuesta a los requerimientos de información, generaron como consecuencia que la Etapa de Presentación ante la instancia competente no se pudiera cumplir dentro del plazo señalado. Para el caso de los procedimientos actualizados, se precisa que como ocurrió con los instrumentos archivísticos, se presenta como novedad variación en el cronograma de actividades frente a las fechas de ejecución como consecuencia de la priorización del proceso de TRD. Respecto de la Etapa de aprobación del procedimiento y la Etapa de socialización e Implementación. (se articula con el Programa de Capacitación y Sensibilización), estas están previstas para ser ejecutadas entre el 5 y el 15 de julio de 2022, en razón de lo antes expuesto. En consecuencia y frente a esta actividad se tiene un nivel de cumplimiento del 98%. La acción de mejora propuesta por el Área, consiste en ajustar</i>
				84.21%		

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 19 de 24

OBJETIVO No. 4 FORTALECER HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS QUE OPTIMICEN LA ATENCIÓN AL PACIENTE INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 95.52%. PRIMER TRIMESTRE: 100%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
						las fechas de presentación de los instrumentos archivísticos ante la instancia competente para su aprobación, así mismo y dado las novedades presentadas, se estimó la pertinencia de solicitar modificación de las fechas señaladas para los instrumentos archivísticos proyectados para entrega en el tercer trimestre del año. Recomendación: La Oficina de Control Interno, sugiere al Área de Correspondencia y Archivo, una vez obtenidos los resultados de la mejora propuesta, se registre los avances de la mejora, de manera que la situación se subsane en el menor tiempo posible.
	65	Actualización y/o elaboración de los instrumentos archivísticos	100%	Indicador Trimestral abril-junio. 92.86%	92.86%	Observados los registros de la SVE, que corresponden a la meta se evidencia que, se realizaron 26 actividades de las 28 programadas, las razones expuestas por el Área de Registro de correspondencia y Archivo, corresponden a las mismas consideraciones del punto anterior. Recomendación: La Oficina de Control Interno, encarga al Área de Registro de correspondencia y Archivo, establecer plan de choque, que permita alcanzar el objetivo propuesto en el indicador de actualización y/o elaboración de los instrumentos archivísticos.

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

Análisis Objetivo No. 4: La Suite Vision Empresarial, para el cuarto objetivo en el segundo trimestre se evidenció, el desempeño en la gestión de las actividades del 95.52%; mientras en el primer trimestre, se ubicó en el 100% de cumplimiento. Las actividades que no alcanzaron la meta propuesta, fueron: 1- Porcentaje de citas asignadas por Call Center. 2- Porcentaje de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos PINAR. 3- Actualización y/o elaboración de los instrumentos archivísticos; para lo cual se sugiere la realización de análisis de las causas que no permitieron el total cumplimiento de las metas; para establecer y fortalecer las estrategias necesarias que aseguren el logro de los porcentajes asignados.

OBJETIVO No. 5 OPTIMIZAR LA GESTIÓN FINANCIERA INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 89.09%. PRIMER TRIMESTRE: 93.85%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
5.2 Desarrollo Empresarial	66	Analizar el comportamiento de los resultados financieros de la Entidad.	100%	Indicador Trimestral abril-junio. Informe de los resultados financieros.	100%	Se observó registro del Informe publicado en la SVE, sobre los resultados financieros.
	67	Analizar el comportamiento de los resultados de glosa	100%	Informe semestral de glosa. Enero- Junio	100%	Se evidenció Informe Publicado en la SVE.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 20 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

68	Variación de los costos fijos.	$\leq 10\%$	Indicador Mensual. Abril= 13.34% Mayo= 16.57% Junio= 10.13% Prom. Trimestre 13.34%	75%	Según los registros evidenciados en la SVE, la meta propuesta que mide la variación de los costos fijos, no logró el límite propuesto del $\leq 10\%$. La Unidad Financiera, registró en el análisis del resultado del indicador, que: "el incremento de los costos fijos respecto al año anterior es de 13,34% toda vez que el deterioro de cuentas por cobrar siguen afectando este indicador en el 2022 respecto al año 2021". Recomendación: La Oficina de Control Interno, recomienda al Área Financiera el replanteamiento de la meta del indicador, una vez se analice las causas que afectan el deterioro de las cuentas por cobrar a las cuales siguen afectando el indicador.
69	Variación costos variables con respecto a las ventas.	$\leq 5\%$	Indicador Mensual Abril= - 12.96% Mayo= -13.59% Junio= -10.41% Prom. Trimestre 12.32%	100%	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.
70	Incidencia Costos Administrativos.	$\leq 10\%$	Indicador Mensual Abril= 12.88% Mayo= 13.26% Junio= 10.18% Prom. Trim 12.11%	83%	Al verificar 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; sin embargo, entre los meses de mayo y junio, se presenta una mejora del indicador fundamentada según el análisis del Área, debido a: "La nueva metodología para el registro contable del deterioro de la cartera por la glosa aceptada en conciliación por nuestro mayor pagador DIGSA, se afecta el indicador de forma importante, Solo teniendo en cuenta el gasto sin tener en cuenta el registro del deterioro, el indicador es del 10,05% en el que se cumple al 100%" Recomendación: La Oficina de Control Interno, sugiere al Área Unidad Financiera, la revisión de los aspectos que generan el impacto sobre el resultado del indicador en la incidencia de costos administrativos, con el fin de generar estrategias que permitan cumplir con el rango esperado del indicador.
71	Ejecución Presupuestal Funcionamiento (Compromisos)	Abril $\geq 40\%$ Mayo $\geq 43\%$ Junio $\geq 48\%$	Indicador Mensual Abril= 47.40% Mayo= 51.74% Junio= 58.20% Prom. Trimestre 52.45%	100%	Los datos del indicador del segundo trimestre, comparado con el parámetro dado para los 3 meses, permiten evidenciar el cumplimiento de la meta.
72	Ejecución Presupuestal Funcionamiento (Obligaciones)	Abr $\geq 13\%$ May $\geq 20\%$ Jun $\geq 29\%$	Indicador Mensual Abr= 14.59% May= 19.47% Jun= 27.25% Prom. Trimestre 20.44%	99%	Los resultados del indicador propuesto para la ejecución presupuestal funcionamiento (obligaciones), evidencia que para los meses de mayo y junio la meta propuesta no alcanzó el cumplimiento. Recomendación: La Oficina de Control Interno, sugiere a la Unidad Financiera realizar el análisis de las variables que componen el indicador de ejecución presupuestal funcionamiento, determinando los factores que impactan en las variables con respecto al nivel de cumplimiento, con el fin de adoptar una estrategia dirigida al cumplimiento de las metas.
73	Ejecución Presupuestal Inversión	Abr $\geq 21\%$ May $\geq 26\%$ Jun $\geq 34\%$	Indicador Mensual	100%	En el análisis de los resultados de la ejecución presupuestal

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 21 de 24

		(Compromisos)				inversión (Compromisos), la meta propuesta para cada uno de los meses, evidenció el cumplimiento de la meta.
				Abr= 30.75% May= 43.79% Jun= 53.04% Prom. Trimestre 42.53%		
	74	Ejecución Presupuestal Inversión (Obligaciones)	Abril ≥ 2% May ≥ 5% Jun ≥ 8%	Indicador Mensual Abril= 7.12% May= 7.64% Jun= 11.53%	100%	La meta para la ejecución presupuestal inversión (obligaciones) fue cumplida en los tres meses observados.

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

Análisis Objetivo No. 5: El resultado del aplicativo SVE, del quinto objetivo en el segundo trimestre fue del 89.09%; mientras en el primer trimestre, se ubicó en 93.85%; evidenciándose una disminución del 4.76% del indicador respecto del indicador del primer trimestre. Las actividades que no alcanzaron la meta propuesta, fueron: 1- Variación de los costos fijos. 2- Incidencia Costos Administrativos. 3- Ejecución Presupuestal Funcionamiento (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.

OBJETIVO No. 6 GENERAR COMPROMISO, DESARROLLO Y CRECIMIENTO INSTITUCIONAL INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 100%. PRIMER TRIMESTRE: 99.78%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
6.1 Sistema de Desarrollo del Talento Humano.	75	Porcentaje de cumplimiento de Capacitaciones Programadas.	100%	Indicador Trimestral abril-junio. 100%	100%	El número de capacitaciones programadas en el Plan de Capacitación, según el registro de la SVE, fue de 648 capacitaciones, frente al número de capacitaciones realizadas en el trimestre fue de 648, para un cumplimiento del 100%.
	76	Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones obligatorias para Habilitación y Acreditación.	100%	Indicador Trimestral abril-junio. 100%	100%	Las Capacitaciones obligatorias de habilitación y acreditación dictadas, fue de 20 capacitaciones, según registro de la SVE. Las capacitaciones obligatorias a dictar en habilitación y acreditación en el segundo trimestre, fue de 20 capacitaciones, cumpliendo así con la meta propuesta.
	77	Proporción de personal inducción y reinducción	100%	Indicador Semestral enero-junio 100%	100%	El indicador propuesto para medir la proporción de inducción y reinducción, se encuentra determinado por el número de número total de personal de planta y contratistas con inducción y reinducción =54, frente al número total de personal de planta y contratistas que requieren inducción y reinducción= 54. Mostrando un cumplimiento del 100% de cumplimiento de la meta.
	78	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Bienestar.	100%	Indicador Trimestral abril-junio. 100%	100%	Se observó cumplimiento de la meta propuesta, donde se planearon 10 actividades de Bienestar y se dio cumplimiento a las mismas.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY,SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 22 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

OBJETIVO No. 6 GENERAR COMPROMISO, DESARROLLO Y CRECIMIENTO INSTITUCIONAL INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 100%. PRIMER TRIMESTRE: 99.78%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
	79	Porcentaje de ejecución del Plan de SGSST.	100%	Indicador Trimestral abril-junio %100	100%	Se evidenció en la Suite Visión Empresarial, donde el número de actividades programadas dentro del segundo trimestre de la vigencia, fue de 90 actividades y como resultado se realizaron 90; alcanzando el estándar planeado.
	80	Promedio de interacción de publicaciones en Facebook.	≥ 4	Indicador Mensual Abril= 4.13 May= 4.14 Jun= 5.14 Prom. Trimestral 4.47	100%	Se observa cumplimiento de meta en los tres meses del trimestre evaluado.
	81	Analizar los procesos, flujos de trabajo, sistemas y resultados que permitan fortalecer el rediseño organizacional con el fin de favorecer el desarrollo y cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Institución.	100%	Indicador Semestral enero-junio 100%	100%	Según el indicador propuesto para la medición del cumplimiento de la meta, este se observa con un cumplimiento del 100% de cumplimiento.
	82	Porcentaje de cumplimiento y avance del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC.	100%	Indicador Trimestral abril-junio 100%	100%	Las actividades programadas para el cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, dentro del segundo trimestre fue de 55 actividades, frente a las actividades realizadas según los registros de la SVE, cuyo dato fue de 55 actividades cumplidas para un indicador del 100%.
	83	Porcentaje de oportunidad en la contestación de las demandas notificadas en contra del HOMIL.	100%	Indicador Trimestral abril-junio 100%	100%	El número de demandas notificadas al HOMIL, dentro del segundo trimestre, fue de 13; frente al número de demandas contestadas dentro del término judicial; de las cuales se dio respuesta a 13, según los datos de la SVE, permitiendo concluir el cumplimiento del 100% de la meta propuesta.
	84	Presentar y realizar el estudio de las	100%	Indicador Trimestral abril-junio	100%	Se evidenció registro del informe en la Suite Visión Empresarial, dando cumplimiento a la meta propuesta.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 23 de 24

OBJETIVO No. 6 GENERAR COMPROMISO, DESARROLLO Y CRECIMIENTO INSTITUCIONAL INDICADOR CUMPLIMIENTO SVE SEGUNDO TRIMESTRE: 100%. PRIMER TRIMESTRE: 99.78%.						
PROYECTO	N.	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	EVALUACIÓN OCIN	OBSERVACION
		solicitudes de conciliación presentadas ante el comité de conciliación del HOMIL.		Actividad a realizar: Informe de conciliaciones del segundo trimestre.		
	85	Realizar gestión jurídica para prevenir y mitigar los daños, perjuicios y riesgos asociados a la gestión de Tutelas	100%	Indicador Trimestral abril-junio Actividad a realizar: Informe de conciliaciones del segundo trimestre.	100%	Se evidenció registro del informe en la Suite Visión Empresarial, dando cumplimiento a la meta propuesta.
	86	Porcentaje de cumplimiento de número de personas capacitadas en tiempo de atención al paciente	100% - 50 personas junio y 600 personas septiembre-diciembre	Indicador Trimestral abril-junio 100%	100%	Según el resultado del indicador aplicado en la SVE, el cumplimiento del número de personas capacitadas=50 frente al número de personas a capacitar=50, permite concluir el cumplimiento de la meta.
	87	Porcentaje de cumplimiento de número de historias clínicas auditadas en oportunidad y diagnóstico del paciente	100% - 50 historias clínicas junio y 150 Historias Clínicas Septiembre-Diciembre.	Indicador Trimestral abril-junio 100%	100%	Según el resultado del indicador aplicado en la SVE, el cumplimiento del número de historias clínicas auditadas en oportunidad y diagnóstico del paciente=50 frente al número de historias clínicas a auditar=50, permite concluir el cumplimiento de la meta.

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

Análisis Objetivo No. 6: El resultado del aplicativo SVE, para el sexto objetivo en el segundo trimestre arrojó, el 100% de cumplimiento de las metas, mientras en el primer trimestre fue del 99.78%; observándose un aumento del 0.22% en el cumplimiento de las actividades y logro de la meta del objetivo.

5.3.2 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".

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE LEY, SEGUIMIENTO O SELECTIVA	CODIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
	DEPENDENCIA: OFICINA CONTROL INTERNO	FECHA EMISIÓN: 14-06-2022
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Página 24 de 24
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

5.3.3 Causa

Las causas por las cuales se presentaron desviaciones en el alcance de las metas esperadas, corresponden desde variables de diversa índole, como son de tipo climático, desplazamiento para cumplimiento a otras ciudades, planeación, aspectos externos a la entidad, falta de capacitación frente al indicador; entre otras, que impactan el resultado 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 de estándares establecidos, con bajo porcentaje de cumplimiento.

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, 4 y 5 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 segundo trimestre 2022, se concluye que:

- 1- De las 88 actividades programadas para el segundo trimestre, 67 alcanzaron 100% cumplimiento de meta; mientras 21 no alcanzaron lo planeado.
- 2- Todas las 88 actividades programadas para el segundo trimestre de la vigencia 2022, obtuvieron avance por parte de los responsables de la gestión.
- 3- Comparado el logro del primer trimestre/2022, cuyo índice alcanzó el 97.31%, frente al segundo periodo donde se alcanzó un 95.43% de cumplimiento, se observa una disminución en el porcentaje de cumplimiento del PAI, en un 1.88%.

Alf

Auditor: Alfredo Armando Jiménez Acuña.
OPS Contratista