

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

INFORME DE EVALUACION A LA GESTION POR DEPENDENCIAS PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2024

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

SAN JUAN DE PASTO, MARZO 26 DE 2025

INTRODUCCION

La Oficina de Control Interno de Gestión del Hospital Universitario de Nariño, en cumplimiento con lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y la Circular 04 de 2005 emitida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial, tiene la responsabilidad de verificar la correcta ejecución de los compromisos institucionales. Según lo dispuesto en dicha normativa, se establece que "con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las Oficinas de Planeación, los Jefes de las Oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de la información a través de auditorías u otros mecanismos que validen los porcentajes de logro de cada compromiso."

Como parte de un proceso continuo de mejora en la gestión institucional, se llevó a cabo una actualización del Plan Operativo Anual (POA) hacia el Plan Operativo Anual Táctico (POAT). Esta transición responde a la necesidad de centrarse en los detalles específicos de las operaciones diarias, como quién hará qué, dónde y cuándo. Mientras que el planeamiento táctico se enfoca en desarrollar las ideas subyacentes de la estrategia general mediante la selección de métodos clave para su implementación, el HUDN ha optado por fusionar ambos enfoques para el periodo Enero-Diciembre de 2024. Este proceso se elaboró bajo una metodología integral y sistemática, orientada a proporcionar un análisis detallado sobre el grado de cumplimiento de los objetivos operativos.

A través del POAT, se logra mejorar la precisión y eficacia del seguimiento de los procesos, asegurando que cada indicador esté alineado con los objetivos operacionales y estratégicos del Hospital. Como parte de esta actualización, se redujo el número de indicadores de gestión de 471 a 214, con el fin de optimizar la medición y el control de los resultados.

En este contexto, y con base en el informe del POAT (Plan Operativo Anual Táctico) para la vigencia 2024 entregado por la Oficina de Planeación el día 19 de febrero de 2025, se ha consolidado el presente informe con el objetivo de evaluar y reportar los resultados de la gestión de los procesos y subprocesos del Hospital Universitario de Nariño. Este informe refleja el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales definidos para el periodo enero- diciembre 2024, proporcionando un panorama claro sobre la efectividad y eficiencia de las acciones ejecutadas, así como la identificación de posibles áreas de mejora para el cumplimiento integral de los compromisos establecidos.

El proceso de auditoría interna y verificación de estos resultados no solo permite garantizar la transparencia y la correcta asignación de recursos, sino también fortalecer el sistema de control en aras de una gestión pública responsable y alineada con los principios de legalidad, eficiencia, eficacia y economía.

OBJETIVO

Proporcionar una visión clara y precisa de los logros alcanzados, así como de las áreas que requieren ajustes o mejoras, con el fin de fortalecer la gestión pública institucional, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales establecidos para el periodo enero-diciembre 2024. A través de este análisis, se busca contribuir al proceso de autocontrol y autoevaluación, promoviendo una cultura de mejora continua en todas las áreas del hospital.

Este Informe de evaluación a la Gestión por Dependencia, correspondiente al periodo enero- diciembre 2024, es evaluar y presentar de manera detallada el cumplimiento de los compromisos y metas establecidas en el Plan Operativo Anual Táctico (POAT) aprobado por la Oficina de Planeación del Hospital Universitario Departamental de Nariño. A través de este informe, se busca proporcionar un análisis integral del desempeño de las dependencias, identificando los logros alcanzados, las áreas de mejora y las posibles desviaciones en la ejecución de las actividades.

El informe resultante proporcionará una visión integral del desempeño del Hospital en 2024, facilitando la identificación de fortalezas y debilidades en la implementación de los planes y programas institucionales, y ofreciendo recomendaciones para mejorar la gestión en el futuro

ALCANCE

Este Informe de Evaluación a la Gestión por Dependencia, correspondiente al periodo enero- diciembre 2024, abarca la evaluación integral de la ejecución de los compromisos y actividades definidas en el Plan Operativo Anual Táctico (POAT) presentado por la Oficina de Planeación. El informe se enfoca en analizar los resultados obtenidos por cada una de las dependencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño, con base en los objetivos estratégicos y operativos establecidos al inicio del periodo.

El informe tiene un alcance completo dentro del marco de los 4 macroprocesos, 18 procesos y 56 subprocesos operativos del hospital y busca proporcionar una visión clara del estado de cumplimiento del POAT en su totalidad. La evaluación está basada en datos objetivos y verificables, obtenidos a través del seguimiento realizado por la Oficina de Planeación y las demás dependencias involucradas en la ejecución de las actividades institucionales y que la Oficina de Control Interno de Gestión Evalúa.

MARCO LEGAL

Para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de los objetivos institucionales y los compromisos asociados a los procesos y subprocesos del Hospital Universitario de Nariño durante el periodo de enero a diciembre de 2024, es necesario aplicar la siguiente normatividad vigente que regula el control interno, la gestión pública y la rendición de cuentas:

- Ley 87 de 1993. "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones." Artículo 9 de la Ley 87 de 1993. Le corresponde a la Oficina de Control interno, «medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. Y en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.
- Ley 909 de 2004. "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones." en su artículo 39 establece que: "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento".
- Decreto Reglamentario 1227 de 2005. 'Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998:
- Circular No. 04 de 2005. "Mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 establece que: "El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y

sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno”.

- Plan de Trabajo vigencia 2024 de la Oficina de Control interno del HUDN ESE.

Al aplicar esta normatividad, se asegura la transparencia en la gestión y la rendición de cuentas, mientras que se facilita la identificación de áreas de mejora y la optimización de los recursos públicos en el Hospital Universitario de Nariño.

METODOLOGIA

Con base en el informe del Plan Operativo Anual Táctico (POAT) correspondiente al periodo enero-diciembre de 2024, entregado por la Oficina de Planeación, se consolida la información necesaria para el diligenciamiento del formato de Evaluación de la Gestión por Dependencia. Este proceso incluye la recopilación y análisis de los datos de cada área y subproceso del Hospital, evaluando el grado de cumplimiento de los compromisos y objetivos establecidos.

Una vez completada la consolidación de la información, se elabora un informe detallado que se presenta a la Gerencia. Este informe incluye el análisis de los resultados obtenidos, así como recomendaciones generales para mejorar el desempeño de los procesos y optimizar el uso de los recursos. Dichas recomendaciones son clave para el diseño de estrategias de mejora continua dentro del Hospital.

Posteriormente, el informe consolidado es remitido a cada una de las áreas responsables para su conocimiento, análisis y la adopción de las acciones pertinentes en función de los hallazgos. Finalmente, con el propósito de garantizar la transparencia, el informe se publica en la página web del Hospital, lo que facilita el seguimiento por parte de los actores institucionales.

Este proceso asegura una gestión eficiente y transparente, alineada con los principios de rendición de cuentas y mejora continua, promoviendo la optimización de los servicios de salud y el cumplimiento de los objetivos institucionales

DESARROLLO DEL INFORME

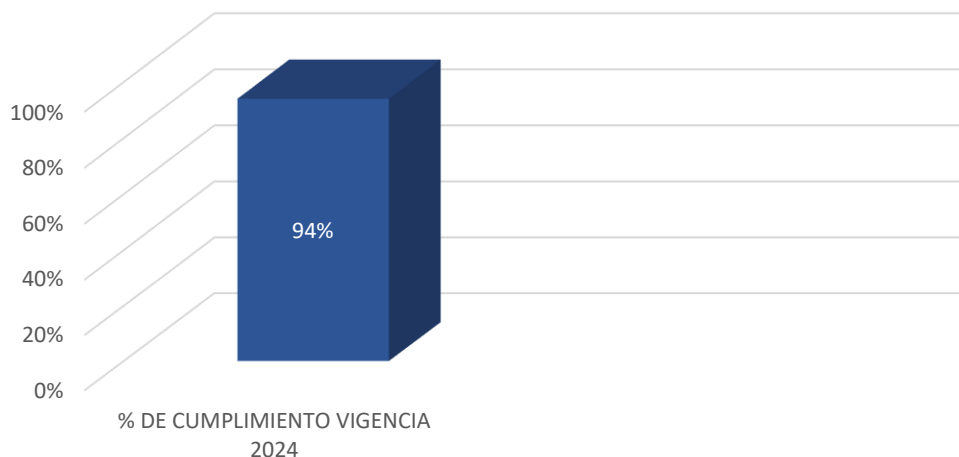
Para la elaboración del presente Informe de Evaluación a la Gestión por Dependencias, la Oficina de Control Interno de Gestión utilizó como referente el informe del Plan Operativo Anual Táctico (POAT) 2024, entregado por la Oficina Asesora de Planeación. Este informe incluye un total de 214 indicadores formulados por los 18 procesos y 56 subprocesos del Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN), los cuales fueron establecidos para medir el cumplimiento de los objetivos y compromisos institucionales para el año 2024.

El análisis de estos indicadores se realizó de manera detallada, considerando los resultados obtenidos en cada área del hospital, con el fin de evaluar el grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos y detectar posibles áreas de mejora. Los indicadores fueron evaluados bajo criterios de eficacia, eficiencia y calidad, lo que permitió obtener una visión integral del desempeño de cada proceso y subproceso en el contexto institucional.

A partir de esta evaluación, se consolidó la información pertinente para la elaboración del informe final, el cual presenta una síntesis de los resultados obtenidos, los vacíos identificados y las recomendaciones específicas para cada área. Este informe no solo permite realizar un diagnóstico preciso de la gestión del hospital, sino que también facilita la toma de decisiones informadas orientadas a la mejora continua de los servicios y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El proceso de consolidación y análisis de estos indicadores también permite asegurar que la gestión del HUDN se ajuste a las normas de control interno, optimizando los recursos y fortaleciendo la transparencia en el ejercicio de la función pública en la vigencia comprendida entre enero y diciembre del 2024 el porcentaje de cumplimiento del hospital fue de 94% así como se identifica en la gráfica.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO



La calificación del 94% en el Plan Operativo Anual Táctico (POAT) subraya el excelente desempeño del hospital Universitario Departamental de Nariño, reflejando su alto rendimiento dentro de este plan que abarca diversos factores clave de su operación y servicio a la comunidad. Este porcentaje, significativamente alto, denota que el hospital ha cumplido con una serie de estándares y criterios evaluados, lo cual es un indicio claro de su eficacia y eficiencia en el cumplimiento de las normativas de salud y de la institución.

Al alcanzar un 94%, el hospital no solo demuestra una destacada capacidad operativa, sino que también se posiciona como un referente en términos de buenas prácticas y compromiso con la calidad del servicio. Sin embargo, aunque esta calificación es sobresaliente, también se puede interpretar como una invitación a seguir perfeccionando ciertos aspectos, pues aún existe margen de mejora hacia la consecución de la excelencia total.

Este 94% no es solo un reflejo del éxito alcanzado hasta ahora, sino también un testimonio del enfoque proactivo de la alta gerencia del hospital hacia la mejora continua. A través de la identificación de áreas de oportunidad y la implementación de estrategias de optimización, el hospital reafirma su compromiso con la calidad de la atención, con la meta de superar los retos que aún puedan existir y seguir elevando su nivel de servicio para la comunidad.

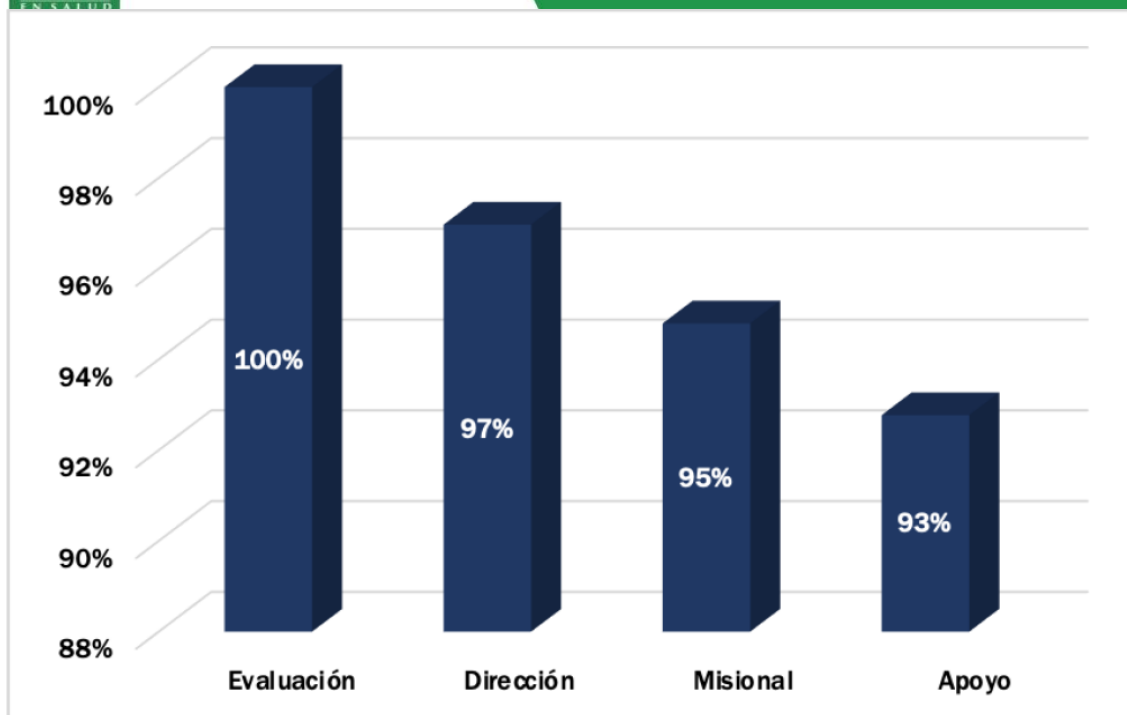
El desempeño del HUDN en relación con los macroprocesos durante 2024 ha sido altamente exitoso, reflejando una gestión eficiente en la mayoría de sus áreas clave. La organización ha demostrado una notable capacidad para adaptarse y mejorar de manera continua, lo que la posiciona de manera sólida en su camino hacia el cumplimiento de sus objetivos estratégicos a largo plazo.

El **Macroproceso de Evaluación** es clave para asegurar que el hospital opere de manera eficiente y cumpla con los estándares de calidad establecidos. Facilita la medición del éxito de las actividades y procesos, la identificación de áreas de mejora y la toma de decisiones fundamentadas, lo que contribuye a un mejor desempeño y a una atención de mayor calidad para los pacientes. Sin un sistema de evaluación adecuado, el hospital no podría garantizar la mejora continua ni mantener elevados niveles de satisfacción y seguridad.

El **Macroproceso de Dirección** es esencial para definir la visión, misión y objetivos estratégicos de un hospital, garantizar una gestión eficiente de los recursos y promover la mejora continua de la calidad de atención. Sin un liderazgo adecuado y una dirección estratégica clara, el hospital no podría mantenerse organizado ni ofrecer un servicio de salud de calidad. Este macroproceso establece las bases para la toma de decisiones clave y la supervisión constante, asegurando que todos los procesos del hospital estén alineados con las metas generales de la organización. En el marco del Macroproceso de Dirección, el Hospital Universitario Departamental de Nariño cuenta con 3 procesos, los cuales incluyen un total de 13 subprocesos y 33 indicadores, asegurando así el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos.

El **Macroproceso Misional** es esencial para el funcionamiento de HUDN, ya que abarca todos los procesos directamente vinculados con la atención al paciente. Su objetivo principal es garantizar una atención médica de alta calidad, segura, oportuna y eficaz, asegurando que los pacientes reciban el cuidado adecuado durante todo su proceso de atención. A través de este macroproceso, el hospital cumple con su misión de proporcionar servicios de salud que mejoren la calidad de vida de la comunidad, cumpliendo con los más altos estándares de calidad y optimizando el uso de los recursos disponibles. En este marco, el Hospital Universitario Departamental de Nariño cuenta con 8 procesos y 23 subprocesos y 96 indicadores, encargados de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El **Macroproceso de Apoyo** desempeña un papel esencial en el hospital, ya que asegura que todos los subprocesos vinculados a la gestión de recursos y la administración estén perfectamente alineados para respaldar la atención directa al paciente. Sin un funcionamiento adecuado de estos procesos de apoyo, los procesos médicos y de atención sanitaria no podrían ser sostenibles ni eficaces. En este sentido, el Hospital Departamental de Nariño cuenta, dentro de su Macroproceso de Apoyo, con 6 procesos, 19 subprocesos y 83 indicadores que garantizan la eficiencia y la calidad.



Fuente: Elaboración propia - Oficina Asesora de Planeación

Durante el periodo de vigencia 2024, los resultados obtenidos en el cumplimiento de los diferentes macroprocesos del HUDN reflejan un desempeño general positivo y alineado con los objetivos institucionales. Es relevante destacar que el macroproceso de Evaluación se ha ejecutado de buena manera, alcanzando un cumplimiento del 100%. Este logro resalta la capacidad de la organización para llevar a cabo un control y monitoreo independiente y efectivo de sus acciones y resultados, asegurando así una gestión transparente y orientada a la mejora continua.

Asimismo, los macroprocesos de Dirección con un 97% y Misional con un 95% de cumplimiento. Estos resultados evidencian que tanto la toma de decisiones en los niveles más altos como la implementación de actividades clave para el cumplimiento de la misión institucional se han realizado de manera eficaz, optimizando los recursos y alcanzando las metas trazadas.

En cuanto al macroproceso de Apoyo, si bien ha mostrado un cumplimiento del 93%, este resultado sigue siendo altamente satisfactorio, dado que refleja un alto nivel de eficiencia en las funciones que respaldan los procesos centrales de la organización. A pesar de que existen áreas de oportunidad, el cumplimiento alcanzado subraya la efectividad del sistema de apoyo en su contribución al logro de los objetivos globales.

Según la información contenida en el Plan Operativo Anual Táctico (POAT), que fue remitida a la oficina de Control Interno de Gestión por parte del área de Planeación, a continuación se presenta el cuadro que evalúa los **18 procesos** establecidos. Este cuadro tiene como objetivo determinar el porcentaje de cumplimiento de cada una de las áreas del Hospital Universitario Departamental de Nariño, lo cual nos permite conocer el nivel de ejecución de las actividades planificadas y la eficacia en la implementación de las estrategias de gestión. A través de este análisis, se puede identificar de manera precisa el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y tomar decisiones basadas en datos concretos al igual que el nivel de cumplimiento del HUDN.

PROCESOS	% CUMPLIMIENTO
Apoyo Diagnóstico	100%
Gestión de Control Interno	100%
Gestión de Docencia e Investigación	100%
Gestión de la Información	100%
Gestión del Ambiente Físico y Tecnología	100%
Gestión Estratégica	100%
Hospitalización	100%
Servicio Farmacéutico	100%
Urgencias	100%
Sistema Integrado de Gestión	100%
Soporte Terapéutico	96%
Gestión Financiera	95%
Gestión Clínica	92%
Gestión de Talento Humano y Humanización	91%
Quirófanos, Sala de Partos y Ginecobstetricia	86%
Atención al Usuario	82%
Gestión Jurídica	78%
Atención Ambulatoria	60%

Fuente: Elaboración propia-Oficina Asesora de Planeación

El cuadro muestra que la mayoría de las áreas están funcionando de manera excelente, con un rendimiento cercano al 100%, lo que refleja una institución bien gestionada. Sin embargo, algunas áreas requieren atención y mejoras significativas para elevar la calidad de los servicios y garantizar una atención integral a los pacientes.

1. Estas áreas destacan por tener un cumplimiento completo, lo que sugiere que los procesos están bien gestionados, con un rendimiento muy alto y sin necesidad de mejoras significativas ya que tienen un cumplimiento sobresaliente (100%):

- Gestión del Ambiente Físico y Tecnológico
- Gestión Estratégica
- Sistema Integrado de Gestión
- Gestión de Control Interno
- Urgencias
- Apoyo Diagnóstico
- Hospitalización
- Gestión de Docencia e Investigación
- Gestión de la información
- Servicio farmacéutico

2. Estas áreas están cerca del cumplimiento total, pero podrían beneficiarse de un enfoque para lograr una mejora continua y acercarse aún más al 100%. Podría ser útil investigar si hay pequeños detalles o procedimientos que puedan optimizarse aún más, estas áreas con buen cumplimiento (91-96%):

- Gestión financiera (95%)
- Gestión clínica (92%)
- Soporte Terapéutico (96%)
- Gestión de Talento Humano y Humanización (91%)

3. Estas áreas identificadas son aquellas que requieren una mejora y atención urgente debido a su impacto directo en el desempeño general del Hospital.

Áreas con cumplimiento bajo (60-86%):

- Quirófano, sala de partos y ginecobstetricia (86%)
- Atención al Usuario (82%)
- Gestión jurídica (78%)
- Atención ambulatoria (60%)

El análisis de la tabla muestra un panorama bastante positivo en cuanto al cumplimiento de diversos subprocesos dentro del hospital. A continuación, se realiza un análisis detallado:

SUBPROCESOS	ACEPTABLE	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	TOTAL	% CUMPLIMIENTO
Laboratorio			4	4	100%
Imagenología			8	8	100%
Patología			4	4	100%
Atención al Usuario			4	4	100%
Promoción y Mantenimiento de la Salud	1		1	2	100%
Auditoría Médica			4	4	100%
Auditoría de Cuentas			1	1	100%
Vigilancia Epidemiológica			4	4	100%
Control Interno de Gestión	1		1	2	100%
Gestión de Docencia e Investigación			4	4	100%
Gestión Documental			2	2	100%
Sistemas de Información	1		4	5	100%
Archivo Clínico			2	2	100%
Control Interno Disciplinario			2	2	100%
Activos fijos			4	4	100%
Apoyo logístico			3	3	100%
Mantenimiento			11	11	100%
Suministros			3	3	100%
Planeación			2	2	100%
Estadística			2	2	100%
Gestión comunicacional			1	1	100%
Gestión de Proyectos			1	1	100%

Infraestructura			2	2	100%
Facturación			5	5	100%
Costos hospitalarios			3	3	100%
Tesorería			2	2	100%
Contabilidad			5	5	100%
Presupuesto			4	4	100%
Asuntos legales			6	6	100%
Hospitalización			3	3	100%
Sala de Partos - Ginecobstetricia			1	1	100%
Central de esterilización			2	2	100%
Unidad de Recuperación Post- anestesia - URPA			1	1	100%
Servicio Farmacéutico	1		11	12	100%
Gestión de Calidad			2	2	100%
Gestión Ambiental			5	5	100%
Seguridad y Salud en el Trabajo			2	2	100%
Emergencias y Desastres			4	4	100%
Oncología			6	6	100%
Servicio de hemodiálisis			4	4	100%
Psicología			2	2	100%
Banco de Sangre			6	6	100%
Servicio Transfusional			5	5	100%
IAMII			4	4	100%
Programa Madre Canguro			4	4	100%
Banco del Leche Humana			3	3	100%
Urgencias			3	3	100%

Gestión Talento Humano		1	8	9	89%
Rehabilitación	1	1	5	7	86%
Nutrición		1	4	5	80%
Referencia y Contrarreferencia		2	5	7	71%
Seguridad del Paciente		1	2	3	67%
Cartera		1	2	3	67%
Quirófano		1	2	3	67%
Consulta Externa		2	1	3	33%
Proceso de contratación		2	1	3	33%
TOTAL	5	12	197	214	94%

Fuente: Elaboración propia - Oficina Asesora de Planeación

De los 56 subprocesos evaluados, 47 presentan un cumplimiento sobresaliente, alcanzando un porcentaje del 100%, lo cual refleja una gestión óptima de cada uno de los subprocesos. Esta alta tasa de cumplimiento indica que dichas áreas están no solo cumpliendo con los estándares establecidos, sino que también operan de manera eficiente, alineándose con los objetivos organizacionales. Estos subprocesos se gestionan de manera ejemplar, lo que sugiere que las prácticas implementadas en estas áreas son efectivas, bien estructuradas y cumplen con las expectativas internas. Esta consistencia en el cumplimiento también refuerza la confianza en la capacidad del hospital para mantener y mejorar la calidad en estos ámbitos clave de su gestión.

El análisis permite enfocar esfuerzos de mejora continua en los subprocesos con menor cumplimiento y trabajar en la optimización de los recursos y las prácticas para alcanzar la excelencia total en todos los subprocesos.

El hospital está mostrando un alto nivel de cumplimiento en la mayoría de los subprocesos, lo cual refleja eficiencia en su operación y compromiso con la calidad en el servicio. Sin embargo, hay algunas áreas críticas, como Cartera, Gestión de Talento Humano, Proceso de Contratación, Consulta Externa, Quirófano y Referencia y Contrarreferencia, que requieren una evaluación más profunda y posiblemente medidas correctivas para garantizar que todos los procesos estén alineados con los estándares más altos.

1. **Cartera:** Cumplimiento: 67% (1 Aceptable, 2 No Cumplido, 3 Sobresaliente)
Este subproceso parece necesitar atención para mejorar su desempeño. Podría ser útil investigar las razones detrás de los incumplimientos y establecer medidas correctivas para optimizar la gestión de la cartera.
2. **Gestión de Talento Humano:** Cumplimiento: 89% (1 Aceptable, 8 Sobresalientes, 9 en total) Aunque tiene un buen cumplimiento en general, la presencia de un cumplimiento "aceptable" sugiere que algunas áreas del manejo de recursos humanos pueden ser mejoradas.
3. **Referencia y Contrarreferencia:** Cumplimiento: 71% (2 Aceptables, 5 Sobresalientes, 7 en total) Este subproceso también muestra un área de oportunidad. Las referencias y contrarreferencias pueden ser fundamentales para asegurar la continuidad del cuidado, por lo que su desempeño debe ser optimizado para asegurar una transición fluida entre servicios.
4. **Proceso de Contratación:** Cumplimiento: 33% (2 Aceptables, 1 No Cumplido, 3 en total) Este subproceso muestra el porcentaje más bajo de cumplimiento, lo que sugiere que hay dificultades significativas en el proceso de contratación. Se debe realizar una revisión exhaustiva del proceso de contratación para identificar cuellos de botella y áreas de mejora.
5. **Consulta Externa:** Cumplimiento: 33% (2 Aceptables, 1 No Cumplido, 3 en total) Similar al proceso de contratación, este subproceso parece necesitar ajustes para mejorar su eficiencia y efectividad. Es crucial evaluar cómo se gestionan las citas, las expectativas de los pacientes y la disponibilidad de recursos.
6. **Quirófano:** Cumplimiento: 67% (1 Aceptable, 2 No Cumplidos, 3 en total) Este subproceso también presenta un bajo nivel de cumplimiento, lo cual podría estar relacionado con tiempos de espera, disponibilidad de personal o equipos quirúrgicos. Se debe evaluar este proceso para identificar áreas críticas que impactan el cumplimiento.
7. **Nutrición:** Cumplimiento: 80% (1 Aceptable, 4 Sobresalientes, 5 en total) Aunque el porcentaje sigue siendo bastante bueno, hay margen de mejora en esta área, lo que puede incluir la optimización de la distribución de los servicios de nutrición, la formación del personal o la implementación de mejores prácticas en el área.
8. **Rehabilitación:** Cumplimiento: 86% (1 Aceptable, 5 Sobresalientes, 7 en total) Aunque el porcentaje de cumplimiento es alto, la presencia de un "aceptable" sugiere que hay áreas en la rehabilitación que pueden ser perfeccionadas, tal vez en la coordinación de servicios o en el seguimiento de los pacientes.

De los 214 indicadores evaluados, 5 se calificaron como aceptables, 12 no fueron cumplidos y 217 alcanzaron el nivel de cumplimiento esperado. Este análisis refleja que, si bien la mayoría de los indicadores muestran un desempeño adecuado, existen áreas en las cuales se deben implementar acciones correctivas para asegurar que todos los indicadores cumplan con los estándares establecidos.

Ahora bien, se presenta un análisis detallado de los resultados obtenidos en los indicadores evaluados, con un enfoque particular en el cumplimiento de los objetivos establecidos, los logros alcanzados y las oportunidades de mejora identificadas. La evaluación de los subprocesos durante el periodo comprendido entre abril y diciembre de 2024 revela un rendimiento sobresaliente en diversas áreas clave de la gestión institucional, reflejando un avance significativo en varios aspectos fundamentales para el desarrollo organizacional del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Sin embargo, también se han identificado áreas en las que se requiere atención para optimizar los resultados y asegurar un desempeño aún más eficiente. Este análisis no solo destaca los aspectos positivos, sino que también señala los desafíos a superar, proporcionando recomendaciones claras y precisas para el perfeccionamiento de los procesos en el futuro. A continuación, se presenta un análisis detallado de los indicadores junto con recomendaciones para mejoras si se requiere:

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

DEPENDENCIA A EVALUAR

GESTION FINANCIERA

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS					ANALISIS DEL RESULTADO
		INDICADOR			RESULTADO		
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
FACTURACION	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Cierre de ingresos abiertos todas las vigencias	85%	PORCENTAJE	91%	SOBRESALIENTE	Para el año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida puesto que del 85% se cumple el 91%, debido a los seguimientos periódicos y permanentes que hace la coordinación de facturación con su equipo de trabajo a través de envíos de correos y reuniones con los facturadores.
	2. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Entrega de facturas a central de despacho	85%	PORCENTAJE	97%	SOBRESALIENTE	El cumplimiento dela meta en este periodo anual de este indicador al registrar un dato del 97% cuando la meta es del 85%, se debe al trabajo en equipo, por cuanto se concientiza al personal de facturación de la importancia de entregar oportunamente las facturas liquidadas a la central de despacho, se hace despliegue de correos, seguimiento a facturadores por



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

						subprocesos de urgencias, consulta externa y hospitalización.
3. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Facturación generada mensual	80%	PORCENTAJE	130%	SOBRESALIENTE	Este indicador se cumple en más del cien por ciento de la facturación proyectada por cuanto se hace seguimiento continuo casi a diario al comportamiento de la facturación generada y se hacen correos y reuniones para instruir a los facturadores sobre las EPS Y/O entidades responsables de pago retrasadas y se ejecutan planes de acción para liquidar y generar mayor cantidad de facturas generadas. Es importante mencionar que la estructura actual del proceso de FACTURACION si bien es cierto no está formalizada ha permitido el logro de la meta que del 80% propuesto se cumpla en un 130% debido a: 1.- la estructura actual del proceso en cabeza de un profesional especializado en encargatura , seguido de un profesional universitario, acompañado por un profesional apoyo de sistemas y un auxiliar de parametrización de planes y contratos, quienes nos apoyamos con el grupo de monitores de los subprocesos de URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA,HOSPITALIZACION Y AUTORIZACIONES ha permitido la interacción a través de reuniones periódicas establecer seguimientos a las facturas e ir solucionando dificultades. 2.-En el subproceso de HOSPITALIZACION donde se genera y/o se produce la mayoría de cantidad en valor de facturas generadas (casi el 70%) se debe a la implementación de un grupo de 7 ANALISTAS DE HOSPITALIZACION, quienes por su conocimiento, experticia y experiencia en el área, son los responsables de liquidar lo más exacto posible las facturas casi que con un 95% de aceptación. 3. Para los servicios prestados en el área de URGENCIAS se tiene implementado el subproceso de facturación con un grupo de



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

							ADMISIONISTAS, FACTURADORES, EGRESOS Y ANALISTA, que permite mejorar la oportunidad en la liquidación y generación de facturas con mayor agilidad y calidad de los datos de la factura, 4.- la organización de horarios de los facturadores en los subprocesos de URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACION, AUTORIZACIONES Y CENTRAL DE DESPACHO, AJUSTADOS a los horarios de los funcionarios asistenciales, es decir en FACTURACION a los facturadores se les concertó horarios híbridos de la parte administrativa y asistencial, lo que nos ha permitido el cumplimiento de las horas de trabajo de cada funcionario, pero lo más importante dar cobertura del 100% a las salidas y egresos de pacientes tanto en días ordinarios como festivos y fines de semana.
CARTERA	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Recaudo total	80%	PORCENTAJE	120%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se logra sobrepasar el indicador debido a las acciones de cobro que ha venido realizando el personal de cartera con el apoyo de la gerencia, lo cual ha ayudado a la entidad cubrir sus obligaciones financieras
	2. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Recaudo vigencia anterior	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se logra superar el indicador debido a las acciones de cobro realizado por el personal de cartera y por las firmas de acuerdo de pago que corresponden a facturas de vigencias anteriores
	3. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Porcentaje de envejecimiento de la cartera	25%	PORCENTAJE	37%	NO CUMPLIDA	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, no se da cumplimiento con el indicador, teniendo en cuenta que se están incluyendo las entidades en proceso de liquidación, la cual es improbable de cobro, además se tiene la cartera del IDSN que corresponde a migrantes extranjeros que hasta ese momento no habían cancelado y del Fosyga que es una entidad del estado de difícil recaudo y esta se encuentra tercerizada las acciones de cobro



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTO DE AUDITORIA S.E.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

PRESUPUESTO	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Confiabilidad en los saldos presupuestados	100%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo abril a Diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, este indicador ha tenido un comportamiento constante durante los últimos 3 años y su cumplimiento se debe a que se tienen definidos claramente los parámetros y requisitos para la expedición de los certificados de Disponibilidad Presupuestal.
	2. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Conciliación de presupuesto, ejecución de gastos	25%	Porcentaje Cuarta parte trimestral del 100%	80%	SOBRESALIENTE	En el periodo abril a diciembre de 2024, se observa que el HUDN cumple con la meta de ejecución establecida, es importante mencionar que este indicador es acumulativo e incluye todas las necesidades del HUDN, de tal manera que al finalizar la vigencia el % de ejecución del Presupuesto, supera el 80%.
	3. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Conciliación de presupuesto, ejecución de ingresos	25%	Porcentaje Cuarta parte trimestral del 100%	115%	SOBRESALIENTE	En el periodo abril a diciembre de 2024, se cumple con la meta de ejecución establecida, es importante mencionar que este indicador es acumulativo y presenta un comportamiento positivo para el HUDN, ya que supera el 100% de la meta definida, teniendo en cuenta los reconocimientos del primer trimestre de la vigencia 2024.
	4. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Trámite de las cuentas por pagar constituidas por la institución	25%	Porcentaje Cuarta parte trimestral del 100%	64%	SOBRESALIENTE	En el periodo abril a diciembre de 2024, se cumple con la meta de ejecución establecida, el comportamiento es positivo ya que se tramitaron el 96.6% de las cuentas por pagar de la vigencia 2023, incluyendo los datos del primer trimestre de la vigencia 2024.
CONTABILIDAD	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Pago de impuestos	0	Días	-11	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre de 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que la presentación y pago de las declaraciones tributarias siempre ha sido oportuna, como se observa en el periodo analizado existe un margen de 11 días anticipado de pago.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	2. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Indicador de liquidez	1,37	Veces	1,67	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre de 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta el incremento del activo corriente y el incremento del pasivo corriente. Existe liquidez la entidad puede cumplir con las obligaciones de corto plazo.
	3. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Indicador de endeudamiento	0,4	Veces	0,30	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre de 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que el nivel de endeudamiento disminuyo, se logró disminuir el pasivo, a pesar de que los pagos dependen de la liquidez y el cobro de cartera
	4. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Indicador de solvencia	3,5	Veces	4,30	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre de 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que El nivel de solvencia es bueno por cuanto se logró disminuir el pasivo, a pesar de que los pagos dependen de la liquidez y el cobro de cartera
	5. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Rentabilidad de venta de servicios	11%	Porcentaje	26%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre de 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que el incremento de los ingresos operacionales por venta de servicios, originan una utilidad neta bastante significativa, por cuanto los gastos operacionales durante los primeros del año no se causan en su totalidad.
TESORERIA	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Control de flujo de efectivo	90%	Porcentaje	98%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se cumple con el flujo de ejecutivo del hospital



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	2. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Eficacia de pagos	100%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se dio cumplimiento a los pagos de acuerdo a lo programado
COSTOS HOSPITALARIOS	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Cumplimiento meta costos	95%	Porcentaje	112%	SOBRESALIENTE	En cuanto a la meta de facturación en los años 2022, 2023 y 2024, se evidencia que en todos los casos se supera la meta proyectada. Sin embargo, es importante señalar que la facturación reflejada en el sistema de información dinámica gerencial hospitalaria, módulo de costos, corresponde a la facturación generada, la cual está sujeta a variaciones, principalmente a la baja. Esto se debe a que, una vez radicada, pueden presentarse eventos como devoluciones, glosas y refacturaciones que afectan significativamente el resultado final.
	2. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Cumplimiento facturación proyectada	95%	Porcentaje	119%	SOBRESALIENTE	Adicionalmente, se debe considerar el recaudo alcanzado y el tiempo requerido para su recuperación, dado que los ciclos de facturación y pago pueden extenderse más allá del año fiscal. Se observa que, en términos anuales, el comportamiento de la facturación mantiene una tendencia de crecimiento progresivo, con valores aproximados al 95% de cumplimiento en promedio.
	3. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Actividades del portafolio costeadas	15%	Porcentaje Cuarta parte trimestral del 60%	58%	SOBRESALIENTE	Asimismo, el análisis histórico muestra que al inicio de cada vigencia se requiere una fase de preparación y parametrización del sistema de información, lo que impacta los primeros meses del año. Posteriormente, se registra un crecimiento sostenido en la ejecución de servicios costeados, permitiendo alcanzar un cumplimiento anual cercano al 60% en la facturación neta después de ajustes y depuraciones.



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

Facturación: • Cierre de ingresos abiertos todas las vigencias: El indicador muestra un cumplimiento sobresaliente del 91%, superando la meta establecida del 85%. Esto es producto de los seguimientos constantes y reuniones periódicas.

• Entrega de facturas a central de despacho: Se supera la meta del 85% con un cumplimiento del 97%, lo que refleja un buen trabajo en equipo y comunicación constante con los facturadores.

2. Cartera: • Recaudo total: Con un cumplimiento del 120%, este indicador refleja la eficiencia en el proceso de cobro, apoyado por la gerencia.

• Recaudo vigencia anterior: Se cumple al 100%, superando la meta del 95%, gracias a las acciones de cobro del personal de cartera.

• Porcentaje de envejecimiento de la cartera: No se cumple, con un resultado del 37% frente a la meta del 25%. Este incumplimiento se debe a la inclusión de entidades en proceso de liquidación y a los casos difíciles de recaudar como los migrantes extranjeros.

3. Presupuesto: • Confiabilidad en los saldos presupuestados: Cumple al 100%, lo que refleja un control adecuado de los saldos presupuestarios.

• Conciliación de presupuesto, ejecución de gastos: Se cumple con un 80%, superando la meta del 25%. Este buen resultado se debe al esfuerzo constante durante el año.

• Conciliación de presupuesto, ejecución de ingresos: El indicador supera la meta al 115%, lo que refleja una gestión exitosa y positiva de los ingresos.

• Trámite de cuentas por pagar: Cumple con el 64%, lo que muestra una tendencia positiva en el manejo de cuentas por pagar.

4. Contabilidad: • Pago de impuestos: El pago de impuestos se realiza de manera oportuna, con un cumplimiento anticipado de 11 días.

• Indicadores de liquidez, endeudamiento y solvencia: Todos los indicadores muestran un cumplimiento sobresaliente, con valores que superan las expectativas. En particular, el indicador de solvencia ha mejorado, lo que refleja una situación financiera más saludable.

• Rentabilidad de venta de servicios: Cumple con un 26% frente al 11% establecido, lo que muestra un buen control sobre los costos y el incremento de ingresos.

5. Tesorería: • Control de flujo de efectivo: Cumple con un 98%, lo que refleja un buen manejo del flujo de caja.

• Eficacia de pagos: El indicador se cumple al 100%, lo que sugiere una alta eficacia en los pagos programados.

6. Costos Hospitalarios: • Cumplimiento meta costos y facturación proyectada: Ambos indicadores se superan, con un cumplimiento del 112% y 119% respectivamente, lo que refleja un manejo exitoso de los costos hospitalarios.

• Actividades del portafolio costeadas: Cumple con el 58%, lo que muestra un buen rendimiento aunque podría haber un espacio de mejora en la ejecución de servicios costeados.

CONCLUSION GENERAL: El informe presenta una evaluación positiva de los resultados en casi todos los indicadores. Se observa un alto nivel de cumplimiento con las metas establecidas, con solo un indicador no cumplido (porcentaje de envejecimiento de la cartera) y un par de áreas que presentan cifras destacadas en relación con las metas previstas. En general, las áreas de **Facturación, Cartera, Presupuesto, Contabilidad, Tesorería, y Costos Hospitalarios** muestran un desempeño sobresaliente, lo que sugiere una sólida gestión financiera, aunque hay áreas que requieren ajustes o mejoras continuas.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

1. Facturación: • Continuar con el seguimiento y las reuniones periódicas con el personal de facturación.

• Mantener la estructura de trabajo actual, que ha demostrado ser efectiva.

• Establecer nuevas metas aún más ambiciosas para seguir impulsando el proceso y mantener el nivel de rendimiento.

2. Cartera: • Fomentar la incorporación de más estrategias de cobro para las entidades en proceso de liquidación y mejorar la recuperación de deuda de las entidades difíciles.

• Desarrollar un plan para reducir el envejecimiento de la cartera, (ajustando los métodos) cobro para los casos más complejos.

3. Presupuesto: • Continuar optimizando el proceso de conciliación presupuestaria para asegurar que la ejecución de gastos e ingresos se mantenga por encima del 100%.

• Mejorar el proceso de trámite de cuentas por pagar, aumentando la eficiencia en el cumplimiento de plazos.

- 4. Contabilidad:** • Mantener la estrategia de manejo de pagos tributarios y la gestión de indicadores de liquidez.
- Seguir impulsando la rentabilidad a través de la venta de servicios y la optimización de los costos.
- 5. Tesorería:** • Continuar con el control estricto del flujo de efectivo y mantener la alta eficacia en los pagos.
- 6. Costos Hospitalarios:** • Asegurar la optimización de los costos hospitalarios, mientras se sigue manteniendo el crecimiento en la facturación.
- Continuar con el análisis y la depuración del sistema de información, ajustando la parametrización para mejorar la ejecución de actividades del portafolio costeadas.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR				GESTION DE LA INFORMACION			
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
ARCHIVO CLINICO	1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de solicitud de historias clínicas entregadas a usuarios autorizados	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realizan 21.813 solicitudes de historias clínicas de las cuales se entregan el 100%
	2. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Oportunidad en entrega y/o respuesta de historias clínicas.	5	DIAS	1	sobre	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realiza la entrega en el tiempo establecido de las historias clínicas solicitadas
GESTION DOCUMENTAL	1.Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Cumplimiento en la entrega de las transferencias documentales de los archivos de gestión	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024 el presente indicador cumplió la meta. La planificación de las transferencias documentales se realiza de acuerdo al espacio disponible en el acervo documental del Archivo Central.
	2.Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Cumplimiento en la entrega de las comunicaciones oficiales internas, externas y despachadas	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024 La meta se cumplió en un 100%. El proceso se realizó dentro de los tiempos establecidos y la entrega de comunicaciones oficiales tanto interna como despachada es oportuna.

SISTEMAS DE LA INFORMACION	1.Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Requerimientos de desarrollo implementados	90%	PORCENTAJE	96%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realiza una buena planeación y cronograma de desarrollos, esto nos permite realizar y cumplir con las entregas y metas planteadas.
	2.Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Atención de Incidentes	80%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se da solución a todos los requerimientos registrados en mesa de ayuda. Los datos son obtenidos de la plataforma de registro de tickets.
	3.Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Oportunidad en la atención de incidentes	30%	PORCENTAJE	20%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, importante tener en cuenta que los tiempos se trazan en base a los soportes nivel 1. Se descartan los tickets con más de 24 horas porque se trata de casos que no se cerraron a tiempo.
	3.Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo	80%	PORCENTAJE	76%	ACEPTABLE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, importante tener en cuenta que el mantenimiento preventivo programado se ejecuta de acuerdo al cronograma enviado al personal técnico en el mes de enero 2024. Documento disponible en línea, como se evidencia la evaluación de este año fue aceptable, se los notificara a los compañeros la necesidad de hacer un ajuste y mejora al proceso en cuanto al cumplimiento del indicador, con copia a la coordinación de sistemas, para que tome los correctivos necesarios y garantizar los registros en plataforma actualizados.
	4.Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Cumplimiento del cronograma de copias de seguridad	90%	PORCENTAJE	97%	SOBRESALIENTE	en el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se generan correctamente las copias de seguridad

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

1. **Archivo Clínico:** 1.El indicador muestra un excelente desempeño, ya que se alcanzó un cumplimiento del 100% en la entrega de historias clínicas. Se procesaron 21,813 solicitudes y todas se entregaron correctamente. Este resultado demuestra una excelente gestión del archivo clínico, lo que refuerza la percepción positiva de los grupos de interés sobre la eficiencia de la institución. 2. Este

indicador muestra un desempeño sobresaliente, ya que la entrega de las historias clínicas se realizó de manera significativamente más rápida de lo requerido, cumpliendo con la meta con un margen considerable.

2. Gestión Documental: 1. Se ha cumplido completamente con la meta de entregas de transferencias documentales. La planificación según el espacio disponible en el archivo central parece ser un factor clave para el éxito en este indicador. 2. El cumplimiento del 100% en la entrega de comunicaciones es un reflejo de la efectividad y oportunidad de los procesos internos y externos de gestión documental.

3. Sistema de la Información: 1. Se ha alcanzado un cumplimiento sobresaliente en la implementación de los desarrollos programados. Este resultado refleja una excelente planificación y ejecución de proyectos en el área de sistemas, con una adecuada gestión de los recursos técnicos. 2. El cumplimiento del 100% en la atención de incidentes es sobresaliente. Esto muestra que todos los incidentes fueron atendidos y resueltos correctamente dentro del marco temporal establecido. 3. Aunque el cumplimiento fue aceptable, la oportunidad de atención de incidentes se encuentra por debajo de la meta esperada. La baja oportunidad sugiere que existen retrasos en la atención de algunos incidentes. **4. Aunque el cumplimiento fue aceptable, el 76% indica que el proceso de mantenimiento preventivo no se cumplió completamente con el cronograma establecido.** 5. El cumplimiento con el cronograma de copias de seguridad es sobresaliente, con un cumplimiento superior al 90%. Esto refleja una correcta implementación y ejecución de la política de seguridad de datos.

En general, los subprocesos evaluados muestran un desempeño sobresaliente, con algunos indicadores que han superado las expectativas, mientras que otros requieren ajustes mínimos para garantizar que se mantenga un nivel de excelencia. La clave será seguir optimizando los procesos en áreas de atención de incidentes y mantenimiento preventivo, mientras se mantienen los estándares en otras áreas.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

1. Archivo Clínico: 1. Mantener los procesos actuales para asegurar la entrega oportuna y correcta de las historias clínicas. Se podría explorar la automatización parcial de la gestión de solicitudes para optimizar aún más los tiempos de respuesta y reducir cualquier riesgo de error humano. 2. Seguir con las prácticas actuales de eficiencia en la gestión de entrega, pero también considerar el establecimiento de un sistema de monitoreo que permita anticiparse a solicitudes futuras, evitando posibles cuellos de botella durante períodos de alta demanda.

2. Gestión Documental: 1. Continuar con la planificación de transferencias documentales de acuerdo con la capacidad de almacenamiento disponible. Además, se podría implementar un sistema digitalizado para mejorar el seguimiento y la trazabilidad de los documentos transferidos. 2. Seguir con los procesos establecidos y reforzar la comunicación dentro de la organización para garantizar que se mantenga la calidad y rapidez en la entrega de comunicaciones oficiales.

3. Sistema de la Información: 1. Continuar con la planificación detallada y la asignación eficiente de recursos para los proyectos de desarrollo. Para mantener el nivel alto de cumplimiento, se pueden implementar reuniones periódicas de seguimiento para evaluar posibles mejoras o ajustes a tiempo. 2. Mantener la calidad en la atención de incidentes. Para asegurar que se siga cumpliendo con la meta, se podría considerar la implementación de un sistema de priorización de incidentes para asegurar que los más críticos se resuelvan en primer lugar. 3. Mejorar los tiempos de respuesta, particularmente en los incidentes de nivel 1, a través de la optimización de recursos y procesos. Considerar un análisis de causa raíz para identificar y eliminar barreras en la eficiencia de la atención. **4. Es necesario tomar medidas correctivas para asegurar que el cronograma de mantenimiento preventivo se cumpla de manera más estricta. Esto podría implicar una revisión de la asignación de recursos o un ajuste en la programación de tareas para evitar cualquier retraso.** 5. Mantener y seguir con los procesos actuales para asegurar que se mantenga el nivel de cumplimiento. Para mejorar aún más, se podrían realizar pruebas periódicas de recuperación para verificar la efectividad de las copias de seguridad.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

DEPENDENCIA A EVALUAR

GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLOGICO

OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS				ANALISIS DEL RESULTADO	
		INDICADOR			RESULTADO		
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
ACTIVOS FIJO	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Porcentaje de conciliación de saldos de cuentas según clasificación, entre activos fijos y contabilidad	100%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se evidencia cumplimiento de la meta propuesta, teniendo en cuenta que no se encuentran diferencias entre los saldos presentados por contabilidad y activos fijos.
	2. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de desviación entre inventario físico y registro en el sistema DGH	2%	Porcentaje	0,86%	SOBRESALIENTE	De los elementos, por valor de \$ 39,861,394,215 inventariados físicamente durante el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024 registrados en d. g. h., se encontró faltantes, por valor de \$341,154; significa lo anterior, que durante este periodo se presentó desviación del 0,86% entre el inventario físico y lo registrado en d. g. h.
	3. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje del manejo, registro y control de la propiedad planta y equipo de la organización	95%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	De los elementos con movimiento para registro en d.g.h., por valor de \$ 3.437.271.599 durante el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del 2024, por ingresos, traslados y bajas; el 100% se registró efectivamente en el inventario.
	4. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de bienes efectivamente dados de baja	95%	Porcentaje (semestral)	100%	SOBRESALIENTE	Al 100% de los bienes, por valor de \$323.235.926 registrados en el aplicativo de dinámica gerencial hospitalaria, del módulo de activos fijos, se les realizó efectivamente el proceso de baja.
	1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Hurtos Gestionados	100%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, por cuanto no se reportaron hurtos de bienes de la institución.

APOYO LOGISTICO	2. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de reprocesamiento de ropa sucia	3%	Porcentaje	1,54%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, se alcanzó la meta establecida con un porcentaje del 1,54% de la ropa hospitalaria sometida a control de calidad y devuelta para reproceso. Este reproceso fue realizado por los operarios encargados de las áreas de secado, planchado y doblado, con el objetivo de prevenir infecciones intrahospitalarias.
	3. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de reprocesamiento de ropa sucia	100%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que todas las fugas presentadas fueron gestionadas. Esto significa que se implementaron acciones para localizar a los pacientes o familiares que decidieron irse antes de recibir el alta oficial. Se realizó un procedimiento de búsqueda y ubicación del paciente o familiar, lo que muestra que la institución tiene un protocolo para manejar este tipo de situaciones. También se menciona que se cerró la historia clínica en casos de alta voluntaria, lo que sugiere que se siguió el proceso administrativo necesario para formalizar la salida del paciente. Los incidentes de fuga son situaciones en las que los pacientes intentaron irse, pero fueron controlados con la intervención de seguridad, lo que indica que no todos estos pacientes lograron irse sin que se tomaran medidas. El control por parte de vigilancia muestra que el hospital tiene protocolos de seguridad para evitar que los pacientes se retiren sin el alta formal, lo que reduce riesgos tanto para la salud del paciente como para la institución.
	1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de calibración dotación biomédica	95%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	La tendencia es estable, se cumple con la meta para los meses de octubre a diciembre y con el total de equipos programados para calibración, gracias al seguimiento realizado por mantenimiento del H.U.D.N.

MANTENIMIENTO	2. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Mantenimiento preventivo CCTV	98%	Porcentaje	99%	SOBRESALIENTE	La tendencia durante todo el año fue estable, se cumplió con la meta para todos los meses y con el total de equipos programados para el mantenimiento preventivo, gracias al seguimiento realizado por mantenimiento del H.U.D.N.
	3. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Mantenimiento preventivo de equipos industriales	98%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	La tendencia se mantuvo estable, y se cumplió con la meta propuesta en mantenimiento preventivo programado para el total de todos los meses del año, se seguirá haciendo seguimiento por parte del área de mantenimiento del H.U.D.N. y la coordinación
	4. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Mantenimiento preventivo de equipos biomédicos	98%	Porcentaje	99%	SOBRESALIENTE	La tendencia fue estable durante todo el año, se cumplió con las metas propuestas y el total de áreas programadas para el mantenimiento preventivo, esto se debe a la disponibilidad de las áreas, la cual se acuerda con las jefes de los servicios la tendencia es estable y se mantiene.
	5. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Mantenimiento preventivo de infraestructura	98%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	Se mantuvo estable durante todos los meses del año, se cumplió con las metas propuestas. Esto debido al control que se realiza por mantenimiento por medio de los tickets, comunicación constate con la áreas y personal del H.U.D.N para llevar control sobre los tiempos de respuesta a los mantenimientos.
	6. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Tiempo de respuesta a solicitud de mantenimiento a equipos industriales	25	MINUTOS	11	SOBRESALIENTE	La tendencia se pudo mantener estable durante todo el año, se cumplió con la meta propuesta. Esto debido al control que se realiza por mantenimiento por medio de los tickets, comunicación constate con la áreas y personal del H.U.D.N para llevar control sobre los tiempos de respuesta a los mantenimientos.
	7. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Tiempo de respuesta a solicitud de mantenimiento a equipos biomédicos	15	MINUTOS	10	SOBRESALIENTE	La tendencia se mantuvo estable, cumpliéndose la meta gracias al control que se realiza por el área de mantenimiento y el área de planeación por medio de los tickets, comunicación constate con la áreas y personal del H.U.D.N para llevar control sobre los tiempos de respuesta a los mantenimientos.

	8. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Tiempo de respuesta a solicitud de mantenimiento a infraestructura	60	MINUTOS	12	SOBRESALIENTE	La tendencia como se observó durante todo el año se mantuvo estable, se cumplió con las metas propuestas. Esto debido al control que se realiza por mantenimiento por medio de los tickets, comunicación constate con la áreas y personal del H.U.D.N para llevar control sobre los tiempos de respuesta a los mantenimientos.
	9. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Tiempo de respuesta desde solicitud de mantenimiento hasta correcto o recibo a satisfacción de equipos industriales	8	DIAS	3	SOBRESALIENTE	Como se observa la tendencia se mantuvo estable durante todo el año, se cumple con la meta. Esto debido al control que se realizó por mantenimiento por medio de los tickets, comunicación constate con la áreas y personal del H.U.D.N para llevar control sobre los tiempos de respuesta a los mantenimientos.
	10. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Tiempo de respuesta desde solicitud de mantenimiento hasta correcto o recibo a satisfacción de equipos industriales de equipos biomédicos	5	DIAS	2	SOBRESALIENTE	La tendencia se mantuvo estable, se cumplió con la meta. Esto debido al control que se realiza por mantenimiento y el área de planeación por medio de los tickets, comunicación constate con la áreas y personal del H.U.D.N para llevar control sobre los tiempos de respuesta a los mantenimientos.
	11. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Tiempo de respuesta desde solicitud de mantenimiento hasta correcto o recibo a satisfacción de equipos industriales de infraestructura	10	DIAS	1	SOBRESALIENTE	La tendencia se ha mantenido estable, cumpliéndose la meta gracias al control que se realiza por el área de mantenimiento y el área de planeación por medio de los tickets, comunicación constate con la áreas y personal del H.U.D.N para llevar control sobre los tiempos de respuesta a los mantenimientos.
	1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de entrega de solicitudes programadas	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	La revisión de consumos en los ítems contratados en los procesos de elementos de papelería y aseo, al igual que la revisión en las cantidades solicitadas en los pedidos internos, nos permite tener un control para el cumplimiento de este indicador.

SUMINISTROS	2. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de productos vencidos	10%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	La revisión de fechas de vencimientos de los productos que ingresan al almacén y la rotación de los mismos según la política PEPS - (fecha de vencimientos) nos permite el cumplimiento del indicador.
	3. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Porcentaje de materiales y equipos decepcionados correctamente (política introducción de tecnología)	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	El indicador cumple con la meta gracias al trabajo colaborativo entre Almacén y Mantenimiento quienes atiende al llamado cuando llega un equipo para revisar que cumple con los requerimientos técnicos y los requisitos de la Política de Introducción de Tecnología del hospital.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

Activos Fijos: 1. El cumplimiento es sobresaliente, ya que no se encontraron diferencias entre los saldos de activos fijos y contabilidad. Este resultado demuestra una excelente gestión en la conciliación de los registros contables, lo que contribuye a la transparencia y precisión financiera. 2. Se ha alcanzado un cumplimiento sobresaliente, con una desviación mínima de solo 0,86%. Este resultado refleja un control eficiente en la gestión de los activos fijos, con una excelente correspondencia entre el inventario físico y el registro en el sistema. 3. El indicador muestra un excelente desempeño, con el 100% de los elementos registrados correctamente en el sistema de gestión. Esto refleja una buena administración y control de los bienes de la organización. 4. Se logró un cumplimiento sobresaliente, con todos los bienes dados de baja de acuerdo a los procedimientos establecidos. Este indicador demuestra una efectiva gestión del ciclo de vida de los activos.

2. Apoyo Logístico: 1. El cumplimiento es sobresaliente, ya que no se reportaron hurtos durante el periodo evaluado. Esto refleja un control adecuado en las medidas de seguridad y protección de los bienes institucionales. 2. El cumplimiento es sobresaliente, con un porcentaje de reprocesamiento inferior al límite establecido. Este resultado refleja una eficaz gestión de la ropa hospitalaria, lo que ayuda a reducir riesgos de infecciones. 3. El cumplimiento es sobresaliente, ya que se gestionaron todas las fugas de pacientes adecuadamente. Esto muestra que la institución tiene protocolos efectivos de seguridad y seguimiento en situaciones de alta voluntaria.

3. Mantenimiento: Calibración y mantenimiento preventivo: Cumplimiento sobresaliente en todos los aspectos, incluyendo equipos industriales, biomédicos y de infraestructura. Los tiempos de respuesta también son satisfactorios.

4. Suministros: 1. El cumplimiento es sobresaliente, ya que todas las solicitudes de suministros fueron entregadas a tiempo y de acuerdo con lo programado. 2. El cumplimiento es sobresaliente, con ningún producto vencido, lo que refleja una adecuada gestión de inventarios y rotación de productos según la política PEPS. 3. El cumplimiento es sobresaliente, con ningún producto vencido, lo que refleja una adecuada gestión de inventarios y rotación de productos según la política PEPS.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

1. Activos Fijos: Continuar con el monitoreo constante para mantener estos estándares de eficiencia, y considerar la implementación de revisiones periódicas de procedimientos para asegurar la continuidad del buen desempeño.

2. Apoyo Logístico: Aunque el reporte señala que no se registraron hurtos en el hospital durante la vigencia de 2024, la empresa de vigilancia SERGPODER presentó a la oficina de control interno varios informes sobre intentos de sacar del hospital elementos médicos y medicamentos, los cuales fueron incautados al momento de la salida, situación plenamente corroborada por la OCIG, que llevó a que se tomaran medidas por la administración.

3. Mantenimiento: A pesar de los excelentes resultados, sería útil realizar una revisión continua de los procesos de mantenimiento preventivo para garantizar que no se presenten fallas inesperadas o demoras imprevistas. También considerar la capacitación de nuevos técnicos para garantizar la capacidad de respuesta.

4. Suministros: **1.** Seguir con la gestión eficiente de los suministros y hacer un análisis continuo de la demanda para asegurar que no haya desabastecimiento en momentos críticos. Además, se podría considerar la implementación de un sistema de gestión de inventarios en tiempo real. **2.** Continuar con la estricta gestión de inventarios y la revisión periódica de fechas de vencimiento para asegurar que no se presenten productos vencidos. Además, se podrían implementar sistemas automatizados para alertar sobre los productos próximos a vencer. **3.** Mantener los procedimientos establecidos y asegurar que todos los equipos nuevos sean revisados adecuadamente. Sería útil implementar un sistema digital para seguir el proceso de introducción de nueva tecnología, asegurando que se cumplan todos los requisitos de manera eficiente.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

DEPENDENCIA A EVALUAR		GESTION DEL TALENTO HUMANO Y HUMANIZACION				
OBJETIVOS RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL	INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL OBJETIVO	MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO	
		INDICADOR		RESULTADO		
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS DEL AÑO
GESTION DE TALENTO HUMANO	1. Desarrollar las competencias del talento humano mejorando su bienestar, fomentando el autocontrol y la gestión del riesgo laboral.	Porcentaje de cumplimiento del plan anual de capacitación y formación	80%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE
	2. Desarrollar las competencias del talento humano mejorando su bienestar, fomentando el autocontrol y la gestión del riesgo laboral.	Porcentaje de rotación de personal	5%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

3. Desarrollar las competencias del talento humano mejorando su bienestar, fomentando el autocontrol y la gestión del riesgo laboral.	Porcentaje de vacantes eficientemente provistas previamente autorizadas por gerencia	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Su comportamiento es creciente, en la presente vigencia se cumple la meta fijada, dado que se cuenta con lista de chequeo para verificación de requisitos de posesión
4. Desarrollar las competencias del talento humano mejorando su bienestar, fomentando el autocontrol y la gestión del riesgo laboral.	Eficacia en el proceso de inducción	90%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	Su comportamiento es estable, se cumple con meta propuesta desde 2023 a la fecha; dado que se programan inducciones periódicamente para poder abarcar a todo el personal nuevo, siendo requisito de posesión y para pago de cuenta de OPS.
5. Desarrollar las competencias del talento humano mejorando su bienestar, fomentando el autocontrol y la gestión del riesgo laboral.	Porcentaje de percepción positiva del clima laboral	80%	PORCENTAJE	82%	SOBRESALIENTE	Su comportamiento es creciente al pasar del 83 % en 2022, para 2023 se alcanzó el 82%. En la presente vigencia no se realizó encuesta dado que esta medición se realiza cada dos años.
6. Desarrollar las competencias del talento humano mejorando su bienestar, fomentando el autocontrol y la gestión del riesgo laboral.	Porcentaje de cumplimiento de la cultura organizacional ideal	80%	PORCENTAJE	72%	NO CUMPLIDA	Su comportamiento hasta al año pasado fue creciente al pasar del 80% en 2019, al 89 % en 2022, para 2023 se realiza nueva encuesta de cultura en abril, donde se incorporan los ejes de humanización, seguridad paciente, gestión de riesgo y tecnología, por incorporar más variables, su tendencia cuenta con una línea de base del 72 %. Este año no se realizará medición de cultura organizacional ya que se realiza cada 2 años.
7. Desarrollar las competencias del talento humano mejorando su bienestar, fomentando el autocontrol y la gestión del riesgo laboral.	Oportunidad en la respuesta a tutelas	2	DÍAS	3	SOBRESALIENTE	Su comportamiento es estable al mantenerse en 2 días desde 2023, dado que se cuenta con la información de manera directa y toda vez que se desarrollan sobre la misma temática, situación que puede variar el resultado de los mismos



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	8. Desarrollar las competencias del talento humano mejorando su bienestar, fomentando el autocontrol y la gestión del riesgo laboral.	Oportunidad en la respuesta a derechos de petición	15	DÍAS	10	SOBRESALIENTE	Su comportamiento es creciente, al contestarlos en menos tiempo del requerido, para el periodo de análisis se sobrepasa la meta propuesta dado se realiza oportunamente el reparto y se cuenta inmediatamente con la información requerida
	9. Fortalecer la atención humanizada con enfoque diferencial centrada en los territorios, las personas y sus familias.	Porcentaje de cumplimiento del plan estratégico del programa de humanización	80%	PORCENTAJE	88%	SOBRESALIENTE	De las 12 actividades planteadas en el Plan Estratégico de Humanización, se evidencia el cumplimiento del 91.6% correspondiente a 11 actividades, teniendo en cuenta la no contratación del facilitador para la escuela de liderazgo debido al Plan de austeridad planteado por la alta dirección. Por lo anterior, en el desarrollo del Plan se destacan actividades novedosas como Intervención a la infraestructura, la II Semana de la Humanización y la Visita de mascotas y musicoterapia dirigida a usuarios y sus familias.
	1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Cumplimiento del cronograma de capacitación	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realizaron dos capacitaciones, la primera en el mes de mayo dirigida a médicos internos respecto a Responsabilidad médica, derecho disciplinario y reglamento interno del hospital y la segunda en el mes de diciembre dirigida al personal asistencial respecto a temáticas generales de derecho enfocadas en cambio de turnos y manejo de situaciones frecuentes en los servicios

	2. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Gestión de las etapas en el proceso disciplinario	60%	PORCENTAJE	72%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se presenta incumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se adelantaron planeadas, tales como: estudio de quejas, indagaciones preliminares, archivos en indagaciones, pruebas en indagación, apertura de investigación, archivos en investigación, pruebas en investigación, cierre de investigación, pliego de cargos, remisiones por competencias, entre otras.
--	---	---	-----	------------	-----	---------------	--

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

1. Gestión del Talento Humano: **1.** El cumplimiento es sobresaliente. El seguimiento oportuno por parte del comité de capacitación y el encargado del subproceso ha asegurado el éxito del indicador. **2.** El indicador muestra una rotación baja, lo cual es positivo. La estrategia de compensación por nombramientos ha demostrado ser efectiva. **3.** Excelente cumplimiento, con una lista de chequeo eficiente que asegura el cumplimiento de los requisitos. **4.** La eficacia en el proceso de inducción es alta, con un programa bien estructurado que cubre a todo el personal nuevo. **5.** Aunque la meta se cumplió, se observa una pequeña disminución con respecto al año anterior. **6. La meta no se cumplió, pero la tendencia en años anteriores era creciente. La incorporación de nuevos ejes en la medición puede haber influido en el descenso.** **7.** El cumplimiento es bueno, aunque ha superado el tiempo establecido en un día. **8.** Se cumple la meta con una mejora significativa. **9.** El cumplimiento es excelente, con una estrategia innovadora que ha permitido superar las expectativas.

Control Interno Disciplinario

1. Cumplimiento del cronograma de capacitación (100%): Se cumplió el 100% de las metas de capacitación, lo que refleja una buena organización y ejecución de las actividades.

2. Gestión de las etapas en el proceso disciplinario (72%): El cumplimiento es positivo, alcanzando un 72% respecto al 60% previsto.

CONCLUSION GENERAL: En general, la gestión de talento humano y el control interno en la organización están bien ejecutados, con un cumplimiento sobresaliente en varias áreas. Las recomendaciones se centran principalmente en fortalecer áreas de cultura organizacional, clima laboral y algunos aspectos de eficiencia en los procesos. Es fundamental seguir mejorando la comunicación interna, la capacitación y la medición de las competencias del personal.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

- 1. Porcentaje de cumplimiento del plan anual de capacitación y formación (99.44%):** Continuar con el seguimiento activo de las metas establecidas. Puede considerarse la diversificación de los temas de capacitación para abordar áreas emergentes o de alta demanda.
- 2. Porcentaje de rotación de personal (2%):** Mantener las estrategias que están funcionando para reducir la rotación. Analizar las causas de las salidas para fortalecer las áreas de oportunidad en la retención de talento.
- 3. Porcentaje de vacantes eficientemente provistas previamente autorizadas por gerencia (100%):** Continuar con la verificación de los requisitos de posesión, manteniendo la lista de chequeo como herramienta clave. Evaluar la posibilidad de mejorar la rapidez en el proceso de selección.
- 4. Eficacia en el proceso de inducción (99%):** Fortalecer la inducción con contenidos actualizados, incorporando aspectos de cultura organizacional, si es relevante. Evaluar la posibilidad de realizar inducciones virtuales para ampliar su alcance.
- 5. Porcentaje de percepción positiva del clima laboral (82%):** En 2024 se debería considerar realizar una encuesta para medir el clima laboral, ya que el ciclo de medición es bienal. Basado en la percepción actual, las iniciativas de bienestar deben ser reevaluadas para asegurar un clima positivo.

- 6. Porcentaje de cumplimiento de la cultura organizacional ideal (72%):** Reforzar la comunicación interna sobre la cultura organizacional. Asegurar que los valores y principios clave sean claramente comprendidos por todos los empleados. Evaluar si la incorporación de nuevos ejes en la medición de la cultura impacta negativamente en el resultado.
- 7. Oportunidad en la respuesta a tutelas (2 días):** Mantener la rapidez en la respuesta, garantizando que se sigan los procedimientos adecuados y se optimicen los recursos de atención.
- 8. Oportunidad en la respuesta a derechos de petición (10% en 15 días):** Continuar con la eficiencia en el proceso, con un enfoque en mejorar la automatización y seguimiento a los derechos de petición.
- 9. Porcentaje de cumplimiento del plan estratégico del programa de humanización (88%):** Reforzar la formación del personal en humanización y buscar nuevas actividades que sigan alineadas con las necesidades de los usuarios y sus familias. Evaluar la posibilidad de integrar más acciones dentro del plan para cubrir áreas adicionales.
- Control Interno Disciplinario**
- 1. Cumplimiento del cronograma de capacitación (100%):** Mantener el calendario de capacitaciones, asegurando que los temas sean relevantes y actualizados. Considerar la inclusión de capacitación preventiva.
- 2. Gestión de las etapas en el proceso disciplinario (72%):** Mejorar la sistematización del proceso disciplinario y asegurar que las etapas se gestionen en tiempo y forma. Establecer plazos claros para cada fase y realizar un seguimiento continuo.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR				ATENCION AL USUARIO			
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS DEL AÑO	
ATENCION AL USUARIO	1. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Promedio de calificaciones de la persona quejosa teniendo en cuenta la escala de 1 a 5	3.5	Calificación	3.9	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se respondieron el 100% las manifestaciones interpuestas por los usuarios
	2. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Tiempo promedio de respuesta a quejas instauradas	10	Días	7	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se dio respuesta oportunamente a las personas que manifiestan su inconformidad



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	3. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Porcentaje de cumplimiento de la respuesta a quejas	100%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se dio respuesta oportunamente a las personas que manifiestan su inconformidad
	4. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Tasa de quejas por pacientes atendidos	5	Tasa	4,28	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se tienen implementadas al interior de la organización diferentes estrategias encaminadas a la humanización
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de remisiones a un nivel superior correctamente elaboradas	90%	Porcentaje	0%	NO CUMPLIDA	Durante el periodo comprendido para el año 2024 (Abril-Diciembre) la meta no se cumple. Se realizó reunión con coordinador de área de facturación para fortalecer el proceso durante la admisión de pacientes sin embargo continúan las mismas fallas. Se espera desarrollar nuevamente un encuentro para análisis de alternativas.
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de remisiones de complementariedad en el HUDN	25%	Porcentaje	4%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido para el año 2024 (Abril-Diciembre) la meta cumple. El éxito del indicador se debe a la capacidad resolutive que tiene el HUDN.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de remisiones realizadas a cuarto nivel	1%	Porcentaje	0%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido para el año 2024 (Abril-Diciembre) la meta cumple. El éxito del indicador se debe a la capacidad resolutive que tiene el HUDN.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de remisiones recibidas por urgencias en el HUDN	15%	Porcentaje	5%	NO CUMPLIDA	Durante el periodo comprendido para el año 2024 (Abril-Diciembre) la meta no se cumple. La causa obedece a la sobre ocupación de los servicios por ende la disminución en la oportunidad de aceptación de pacientes remitidos
5. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de remisiones recibidas en el HUDN mal elaboradas	25%	Porcentaje	0%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido para el año 2024 (Abril-Diciembre) la meta se cumple. Se implementó y sistematizó el formato FRAUS 038 en historia clínica Web y el diligenciamiento del mismo se inició a partir del mes de Noviembre de 2024.
6. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Promedio días de tiempos de espera en la remisión a cuarto nivel	7	DIAS	0	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido para el año 2024 (Abril-Diciembre) la meta cumple. El éxito del indicador se debe a la capacidad resolutive que tiene el HUDN.
7. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la respuesta de solicitud de referencias	2	MINUTOS	60	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido para el año 2024 (Abril-Diciembre) la meta cumple. El éxito del indicador se debe a la capacidad de respuesta y gestión que tiene el HUDN.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

Atención Al Usuario: 1. El indicador cumple con la meta de manera sobresaliente. La respuesta del 100% de las manifestaciones interpuestas por los usuarios muestra un esfuerzo por atender sus preocupaciones. 2. La respuesta es oportuna y dentro del plazo establecido, lo que refleja un proceso de atención al usuario eficiente y bien gestionado. 3. El cumplimiento es total. Se demuestra una gestión eficaz para resolver las quejas presentadas por los usuarios. 4. La tasa de quejas es baja, lo que refleja una atención satisfactoria a los pacientes. Las estrategias de humanización implementadas han sido efectivas.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



Referencia Y Contrarreferencia: 1. La meta no se cumplió, y se identifican fallas en el proceso de remisión, a pesar de las reuniones y los esfuerzos por mejorar. 2. Aunque el cumplimiento es por debajo de la meta, el HUDN ha mostrado buena capacidad resolutoria, lo que ha llevado a una menor necesidad de remisiones. 3. Al igual que con las remisiones de complementariedad, la capacidad resolutoria del HUDN ha llevado a que no haya remisiones a cuarto nivel, lo cual es positivo. 4. La meta no se cumplió debido a la sobreocupación de los servicios, lo que limita la aceptación de pacientes remitidos. 5. El cumplimiento es sobresaliente, lo que indica que el proceso de remisión está siendo correctamente documentado. La implementación del formato FRAUS 038 ha ayudado significativamente. 6. El cumplimiento es sobresaliente, ya que el HUDN tiene la capacidad de resolver rápidamente los casos, lo que minimiza el tiempo de espera. 7. Aunque la meta fue ampliamente superada, se debe mejorar significativamente el tiempo de respuesta.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

Atención Al Usuario: 1. Mantener la atención al cliente con un enfoque proactivo y seguir promoviendo la participación de los usuarios para continuar recibiendo retroalimentación valiosa. 2. Continuar optimizando los tiempos de respuesta. Considerar implementar medidas para reducir aún más los tiempos de respuesta sin sacrificar la calidad de la resolución. 3. Mantener el enfoque actual de gestión de quejas y considerar la creación de un sistema de retroalimentación continua que permita monitorear la satisfacción después de la resolución. 4. Continuar con las estrategias de humanización y analizar los factores detrás de las quejas para poder reducirlas aún más. Invertir en formación y sensibilización del personal para mejorar la experiencia del usuario.

Referencia Y Contrarreferencia: 1. Es esencial revisar el proceso de remisión y la coordinación con el área de facturación. Se deben implementar medidas correctivas inmediatas, como la capacitación adicional para el personal y la evaluación de alternativas para optimizar el proceso. 2. Se debe fortalecer la promoción de la complementariedad dentro de los servicios del HUDN. Aumentar la colaboración interdepartamental podría ayudar a reducir la necesidad de remisiones. 3. Mantener la capacidad resolutoria en el HUDN y optimizar los procesos internos para reducir la necesidad de remisiones a cuarto nivel. 4. Es fundamental abordar la sobreocupación, ya sea incrementando la capacidad de atención o mejorando la coordinación con otros niveles de atención para gestionar mejor las remisiones. 5. Continuar utilizando el formato FRAUS 038 y expandir su uso a otras áreas, si es aplicable, para asegurar la correcta documentación y seguimiento de las remisiones. 6. Mantener la eficiencia en el proceso y explorar oportunidades para aplicar esta capacidad de resolución rápida a otros niveles de atención. 7. Revisar el proceso de solicitud y respuesta para identificar cuellos de botella. Establecer medidas para agilizar la comunicación y respuesta en tiempo real.

DEPENDENCIA A EVALUAR				GESTION JURIDICA			
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS				ANALISIS DEL RESULTADO	
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
	1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Eficacia en la defensa de los procesos administrativos y judiciales.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, teniendo en cuenta que se dio trámite al 100% de las actuaciones judiciales dentro de los procesos en los cuales se encuentra incurso el Hospital



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

ASUNTOS LEGALES	2. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Eficacia en proyección de actos administrativos	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, teniendo en cuenta que se cumple el 100% de los actos administrativos solicitados.
	3. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Eficacia en la defensa de la entidad en las acciones de tutela y desacato dentro del término legal	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, teniendo en cuenta que se da trámite al 100% de respuesta a las tutelas y trámites de desacato dentro del término legal previsto por la normatividad colombiana.
	4. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Eficacia en la gestión de conciliaciones prejudiciales y judiciales.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, teniendo en cuenta que se tramita el 100% de las solicitudes de conciliaciones prejudiciales y judiciales radicadas en la Oficina Asesora Jurídica
	5. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Eficacia en la gestión del concepto jurídico de acuerdo al marco legal	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, de acuerdo al número de conceptos jurídicos radicados en la Oficina Asesora Jurídica, en el periodo de análisis se encuentra que se da tramite a todas las solicitudes realizadas, en tal sentido se cumple en un 100%.
	6. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Eficacia en la respuesta a derechos de petición	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, teniendo en cuenta que se de da respuesta en término legal al 100% de los derechos de petición radicados
PROCESO DE CONTRATACION	1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Contratos de bienes, obras y servicios gestionados	90%	PORCENTAJE	82%	NO CUMPLIDA	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, no se da cumplimiento a la meta establecida, teniendo en cuenta que el proceso de contratación gestionó en promedio el 82% de los contratos solicitados , situación que se deriva de los términos de la suscripción del contrato por el contratista y su posterior legalización, así como las condiciones financieras de la institución que derivaron en la no suscripción o tramite de las solicitudes de contratación



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



	2. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Publicar y mantener actualizado el cargue de información en las plataformas SIA OBSERVA - SECOP o la plataforma transaccional	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, teniendo en cuenta que se adelantó el trámite de publicación de los documentos contractuales tanto en SIA Observa como en SECOP II, para un cumplimiento del 100% del total de documentos sujetos de publicación, dando cumplimiento así a la meta establecida
	3. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Liquidación de contratos	100%	PORCENTAJE	94%	NO CUMPLIDA	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, no se da cumplimiento a la meta establecida, teniendo en cuenta que se adelanta la revisión del 94% de las actas de liquidación radicadas en la Oficina Asesora Jurídica, situación que se deriva de una situación que se presenta debido a la transición de responsable de la actividad al interior del proceso, durante los meses de abril y mayo.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

ASUNTOS LEGALES

- Eficacia en la defensa de los procesos administrativos y judiciales (100%):** Se cumplió con éxito la meta del 100% de los procesos judiciales en los cuales el hospital está involucrado, lo que demuestra una gestión efectiva en la defensa institucional.
- Eficacia en proyección de actos administrativos (100%):** El cumplimiento del 100% de los actos administrativos solicitados refleja una alta capacidad de respuesta por parte del equipo encargado.
- Eficacia en la defensa de la entidad en las acciones de tutela y desacato dentro del término legal (100%):** Se cumplió al 100% con la defensa en los procesos de tutela y desacato dentro del marco legal establecido, lo que indica un manejo adecuado de estos procedimientos.
- Eficacia en la gestión de conciliaciones prejudiciales y judiciales (100%):** Se cumplió al 100% con las solicitudes de conciliación, demostrando una excelente gestión en la resolución de conflictos.
- Eficacia en la gestión del concepto jurídico de acuerdo al marco legal (100%):** La meta de tramitar el 100% de los conceptos jurídicos solicitados fue alcanzada, lo que refleja un alto nivel de eficiencia en el cumplimiento de los requerimientos legales.
- Eficacia en la respuesta a derechos de petición (100%):** El cumplimiento del 100% en la respuesta a derechos de petición dentro del plazo legal muestra una alta capacidad operativa y un compromiso con la transparencia.

PROCESO DE CONTRATACION

- Contratos de bienes, obras y servicios gestionados (82% sobre 90%):** No se cumplió con la meta del 90%, ya que se gestionó el 82% de los contratos solicitados. Esta situación se debe a los plazos para la suscripción de contratos por parte de los contratistas y las limitaciones financieras de la institución.
- Publicar y mantener actualizado el cargue de información en las plataformas SIA OBSERVA - SECOP o la plataforma transaccional (100%):** Se cumplió con la meta del 100% en la publicación de documentos contractuales en las plataformas correspondientes, lo que refleja un alto nivel de transparencia y cumplimiento normativo.
- Liquidación de contratos (94% sobre 100%):** No se cumplió completamente con la meta de liquidación de contratos debido a la transición de responsables dentro del proceso, lo que afectó la revisión de las actas de liquidación durante los meses de abril y mayo.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

ASUNTOS LEGALES

- Eficacia en la defensa de los procesos administrativos y judiciales (100%):** Continuar con el enfoque actual para mantener la eficacia

en los procesos judiciales. Se puede considerar la implementación de herramientas de monitoreo para prever posibles conflictos o contingencias legales futuras.

2. Eficacia en proyección de actos administrativos (100%): Mantener y reforzar la capacidad operativa del equipo para asegurar que este nivel de cumplimiento continúe. Se puede evaluar la posibilidad de digitalizar aún más los procesos para mejorar la eficiencia.

3. Eficacia en la defensa de la entidad en las acciones de tutela y desacato dentro del término legal (100%): Continuar con la atención puntual y dentro de los plazos establecidos para las acciones de tutela y desacato. Se podría capacitar al personal en nuevas herramientas legales o tecnologías que faciliten la defensa.

4. Eficacia en la gestión de conciliaciones prejudiciales y judiciales (100%): Mantener este enfoque proactivo en la resolución de conflictos. Además, se podría explorar la posibilidad de formar alianzas con mediadores o conciliadores externos para diversificar las opciones de resolución.

5. Eficacia en la gestión del concepto jurídico de acuerdo al marco legal (100%): Continuar garantizando que todos los conceptos jurídicos sean evaluados con precisión y en tiempo, y explorar la automatización de algunos aspectos de este proceso para mejorar la eficiencia.

6. Eficacia en la respuesta a derechos de petición (100%): Mantener este nivel de cumplimiento. Se puede implementar un sistema de seguimiento más robusto para asegurar que todos los derechos de petición sean gestionados correctamente y a tiempo.

PROCESO DE CONTRATACION

1. Contratos de bienes, obras y servicios gestionados (82% sobre 90%): Evaluar el proceso de contratación para identificar cuellos de botella que puedan retrasar la suscripción de los contratos. Se recomienda establecer una planificación más detallada y ajustar los términos contractuales para evitar retrasos, además de explorar alternativas de financiamiento o ajustes presupuestarios.

2. Publicar y mantener actualizado el cargue de información en las plataformas SIA OBSERVA - SECOP o la plataforma transaccional (100%): Continuar con la misma estrategia y explorar la automatización del proceso de carga de información para reducir tiempos de gestión y mejorar la accesibilidad de los documentos.

3. Liquidación de contratos (94% sobre 100%): Asegurar una transición más fluida en los responsables del proceso de liquidación de contratos, minimizando los retrasos. También se puede establecer un sistema de revisión más riguroso para reducir los tiempos y asegurar que el 100% de las actas sean procesadas.

RECOMENDACION: Optimizar el proceso de contratación y la liquidación de contratos mediante el uso de herramientas digitales y una mejor planificación de los recursos humanos al igual que se sugiere continuar con la estrategia de transparencia y cumplimiento.

Áreas de Mejora- En el Proceso de Contratación, se deben revisar los plazos y condiciones para la suscripción de contratos, buscando optimizar la gestión y evitar retrasos. La transición de responsables en el proceso de liquidación de contratos debe ser mejor planificada para evitar inconvenientes en los tiempos de revisión.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA						
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE						
DEPENDENCIA A EVALUAR			GESTION ESTRATEGICA			
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO	
		INDICADOR		RESULTADO		
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS DEL AÑO



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

PLANEACION	1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Cumplimiento POA institucional	80%	PORCENTAJE	92%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido entre abril y diciembre del año 2024, se alcanzó un cumplimiento satisfactorio respecto a la meta establecida. De los 214 indicadores evaluados, 195 lograron cumplir con la meta, lo que equivale a un 91% de cumplimiento. Este resultado refleja un desempeño mayoritario positivo, evidenciando la efectividad de las estrategias implementadas durante este periodo. El cumplimiento de la meta en 195 de los 214 indicadores resalta la solidez de las acciones ejecutadas. Sin embargo, el análisis de los indicadores que no alcanzaron la meta permite identificar áreas específicas que podrían necesitar ajustes o un enfoque renovado para garantizar un rendimiento óptimo. Es importante señalar que, a pesar de los pocos indicadores fuera de meta, el porcentaje de cumplimiento de 91% es un resultado favorable que indica una correcta alineación con los objetivos generales. Este porcentaje refleja no solo el éxito en la implementación de las estrategias, sino también la capacidad de la organización para mantener un rendimiento consistente. Para el próximo año, será crucial seguir monitoreando de cerca los indicadores que no cumplieron con la meta y definir acciones correctivas para asegurar que el rendimiento general continúe mejorando. En resumen, el periodo de abril a diciembre del 2024 muestra un balance positivo en términos de
------------	---	--------------------------------	-----	------------	-----	---------------	--



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



							cumplimiento de metas, reafirmando que las acciones y decisiones tomadas a lo largo del año han sido mayormente efectivas.
	2. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Número de compromisos gestionados	25%	Porcentaje Cuarta parte trimestral del 100%	83%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido entre abril y diciembre del año 2024, se dio cumplimiento a la meta establecida en relación con los compromisos planteados para este periodo. De un total de 18 compromisos dejados en revisión por dirección de la vigencia anterior, se logró la realización de 15 compromisos, lo que representa un 83% de cumplimiento. Este resultado refleja un avance significativo en la ejecución de las acciones propuestas, destacando el esfuerzo y la dedicación para cumplir con los compromisos establecidos. Los 3 compromisos restantes que no pudieron ser finalizados en este periodo serán ejecutados en el primer trimestre del año 2025, lo que asegura que se continuará con su atención y cumplimiento.
ESTADISTICA	2. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Oportunidad en la entrega de información interna	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024 se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que existe un control adecuado del manejo de la información, generando la entrega puntual de todos los informes internos.

	3. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Oportunidad en la entrega de información externa	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024 se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que existe un control adecuado del manejo de la información, generando la entrega puntual de todos los informes externos.
GESTION COMUNICACION AL	3. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos de interés en la gestión institucional.	Incremento de interacción en redes sociales	5%	PORCENTAJE	7%	SOBRESALIENTE	Los resultados obtenidos entre abril y diciembre de 2024 muestran que la interacción en redes sociales superó la meta prevista del 5%, alcanzando un 7% de incremento, lo cual se evalúa como sobresaliente. Este resultado es un claro indicio de que las estrategias de marketing digital o de contenido fueron altamente exitosas. La superación de la meta en un 2% es un logro destacable, y el equipo debe sentirse motivado para continuar con esta tendencia positiva en el futuro, optimizando las tácticas según los aprendizajes obtenidos.



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

GESTION DE PROYECTOS	5. Ampliar el portafolio de servicios de salud con enfoque territorial, integrando servicios de seguridad alimentaria, atención en salud mental y salud sexual y reproductiva	Proyectos radicados ante IDSN y/o MPSP	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se radicaron un total de 7 proyectos pertenecientes a: 1. Adquisición de dos (2) ambulancias TAM 4x2 para el fortalecimiento del servicio de transporte asistencial en la E.S.E. Hospital Universitario Departamental de Nariño 2. Adquisición de dos (2) ambulancias TAB 4x2 para el fortalecimiento del servicio de transporte asistencial en el municipio de Pasto, Nariño 3. Implementación y puesta en marcha del servicio de hemodinámica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño - HUDN E.S.E. 4. Adquisición y puesta en marcha de un tomógrafo axial computarizado en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 5. Adquisición de 3 vehículos de transporte asistencial terrestre, para la prestación del servicio de salud extramural en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 6. Propuesta de fortalecimiento del servicio quirúrgico del Hospital Universitario Departamental De Nariño E.S.E. 7. Adquisición y renovación de equipos biomédicos para el fortalecimiento de la atención en los servicios de sala de partos, quirófano, unidad de cuidados intensivos y urgencias en la E.S.E. Hospital Universitario Departamental de Nariño.
-------------------------	---	--	------	------------	------	---------------	---



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



INGRAESTRUCTURA	5. Ampliar el portafolio de servicios de salud con enfoque territorial, integrando servicios de seguridad alimentaria, atención en salud mental y salud sexual y reproductiva	Cumplimiento al cronograma de adecuaciones de infraestructura	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se intervinieron 7 áreas hospitalarias programadas, como lo son: expansión urgencias, neonatos, ginecología, patología y neumología, cabe resaltar que banco de leche, se empezó a intervenir en el segundo trimestre y se terminó con los elementos pendientes solicitados en el tercer trimestre del año.
	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia financiera y la gestión presupuestal institucional.	Ejecución presupuestal	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que los recursos asignados (\$228.640.316) para cubrir necesidades de las diferentes áreas se ejecutaron en su totalidad.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

PLANEACION: 1. El cumplimiento del POA ha superado la meta establecida con un 91% de los indicadores alcanzando sus objetivos. Esto refleja una sólida implementación de las estrategias y un rendimiento positivo a nivel general. 2. El cumplimiento de los compromisos ha sido destacable, con un 83% alcanzado, y los compromisos pendientes se gestionarán en el primer trimestre de 2025. Este resultado indica un buen nivel de compromiso y esfuerzo organizacional para cumplir con las metas a pesar de los desafíos. 3. El cumplimiento de esta meta refleja una gestión eficaz de la información interna y una entrega puntual, lo que es crucial para la operativa interna eficiente. 4. La entrega de información externa también se ha cumplido completamente, lo cual es fundamental para mantener la transparencia y la confianza de los grupos de interés.

2. ESTADISTICA: El cumplimiento de la meta es total, lo que refleja un excelente manejo de la información interna y su entrega puntual.- Al igual que en el indicador anterior, se logró un cumplimiento perfecto en la entrega de la información externa.

3. GESTION COMUNICACIONAL: El incremento en la interacción en redes sociales ha superado la meta en un 2%, lo que refleja que las estrategias de comunicación digital y marketing fueron exitosas. Este crecimiento puede ser una buena señal de que la organización está mejorando su presencia y conexión con los grupos de interés a través de canales modernos.

4. GESTION DE PROYECTOS: Todos los proyectos fueron radicados según lo planeado, lo que demuestra una capacidad organizacional efectiva para cumplir con los requisitos administrativos y financieros necesarios.

INFRAESTRUCTURA: El cumplimiento de esta meta es excelente, con la intervención en siete áreas hospitalarias clave completadas de manera exitosa, lo que refleja un buen control en la ejecución de los proyectos de infraestructura.

El desempeño general en todos los subprocesos evaluados es sobresaliente, con un cumplimiento superior a las metas establecidas en casi todos los indicadores clave. La organización ha demostrado una gestión efectiva tanto en la ejecución de proyectos como en la mejora continua de sus procesos de comunicación, planeación, infraestructura, y gestión presupuestal.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

PLANEACION: Aunque el desempeño es excelente, se debe hacer un seguimiento más detallado a los pocos indicadores que no cumplieron para identificar áreas de mejora y garantizar una mejora continua en los próximos periodos. 2. Mantener el enfoque en la gestión eficiente de los compromisos y seguir monitoreando los pendientes para garantizar que se cumplan en el tiempo estipulado. Asegurarse de que la ejecución de los compromisos se mantenga dentro de los plazos y con la calidad esperada. 3. Continuar con el enfoque actual para mantener la eficiencia en la entrega de información interna, evaluando nuevas tecnologías que puedan hacer aún más eficiente este proceso si es necesario. 4. Mantener los protocolos actuales para garantizar la continuidad en la entrega oportuna de información externa. Podría explorarse la posibilidad de ampliar los canales de comunicación para llegar a una mayor audiencia si es relevante.

3: GESTION COMUNICACIONAL: Aprovechar el éxito en este indicador para seguir optimizando las estrategias de comunicación en redes sociales. Evaluar las tácticas que funcionaron mejor y hacer ajustes para continuar con la tendencia positiva, buscando aumentar la participación e interacción.

4: GESTION DE PROYECTOS: Seguir fomentando la calidad en la presentación y radicación de proyectos, buscando maximizar la aceptación y apoyo de las entidades correspondientes. Además, evaluar el impacto de estos proyectos para optimizar futuras propuestas.

5: INFRAESTRUCTURA: Mantener el enfoque en el cumplimiento puntual de los cronogramas. Para futuras adecuaciones, se podría considerar realizar una evaluación de los recursos y procesos logísticos para seguir optimizando la gestión de proyectos de infraestructura.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR			GESTION CLINICA				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
AUDITORIA DE CUENTAS	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con	Gestión de auditoría de cuentas médicas.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo abril a diciembre 2024, se realizó 3 informes de glosas los cuales se retroalimenta en el comité de glosas institucional, La tendencia es positiva a cumplir con el 100% de realización de informe al igual que el mismo periodo de los años 2022 y 2023,



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	liderazgo y articulación del gobierno clínico.						esto se logra por la asignación de auxiliar de cuentas que se responsabilice de recolectar dicha información.
AUDITORIA MEDICA	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Realizar auditoria mediante metodología de Paciente Trazador, a los procesos de atención realizados a pacientes hospitalizados.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo abril a diciembre 2024 se programaron 126 auditorías de paciente trazador de las cuales se realizaron el 100 de las programadas, superando la meta de 95%.se programó teniendo en cuenta los periodos de vacaciones de los auditores de planta y las renunciaciones de algunos auditores de OPS, se cumple porque se tiene establecido un cronograma de realización de paciente trazador por servicio y auditor asignado.
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	% de realización de auditorías concurrentes para medir la calidad de atención brindada a pacientes hospitalizados con base en las historias clínicas.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo abril a diciembre 2024 se realizaron 10106 auditorías de concurrencia en los servicios de hospitalización y urgencias, con un cumplimiento del 100% con respecto a las programadas, la tendencia es positiva estable desde 2022, 2023 y 224 cumpliendo el 100%. Se cumple porque se tiene asignado auditor por servicio y numero de auditorías diarias que debe realizar las cuales se envía el informe diario a las coordinaciones se hace seguimiento desde asesoría de auditoria médica.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y	% de realización de conceptos de Auditoria Médica para casos especiales.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo abril a diciembre 2024 se realizan un total de 1119 conceptos de Auditoria Medica, correspondiente a respuesta de tutelas y derechos de petición quejas y demandas, incrementando en un 152%, con respecto al mismo periodo del año anterior en el cual se realizaron 733 conceptos de



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	articulación del gobierno clínico.						auditoria, se evidencia gran incremento de tutelas y quejas en las que vinculan al HUDN principalmente de por EPS intervenidas que no tienen red y todo derivan al HUDN con lo cual sobrepasa la capacidad instalada.
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	% de Informes de auditoría de calidad mensual, trimestral y semestral, según aplique realimentados a áreas asistenciales.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	De abril a diciembre 2024 se realizaron 24 informes de auditoría cumpliendo con lo planeado y retroalimentando a las diferentes coordinaciones, la tendencia es estable positiva
SEGURIDAD DEL PACIENTE	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Cumplimiento de rondas de seguridad programadas en el periodo	90%	PORCENTAJE	101%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida del 90%, sobrepasando al 101% teniendo en cuenta que en el mes de abril se realizó una ronda adicional de las programadas.
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Incremento de reportes en programa de seguridad del paciente	5%	PORCENTAJE	83%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida y se evidencia incremento de reportes en sistema PRYGEA
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y	Porcentaje de análisis de reportes al programa de seguridad del paciente	90%	PORCENTAJE	82%	NO CUMPLE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, no se cumple con la meta propuesta debido a que en el cuarto trimestre del año 2024, se presenta falta de un profesional encargado de análisis de reportes. Equipo de trabajo incompleto.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	articulación del gobierno clínico.						
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Tasa de infección asociada a la atención en salud	4	TASA	0	SOBRESALIENTE	Indicador en cumplimiento de meta institucional, se consolidan 147 casos de infecciones a asociadas a la atención en salud, se mantiene la tendencia a la disminución de casos.
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Tasa de infección de sitio operatorio	1	TASA	0	SOBRESALIENTE	Indicador en cumplimiento de meta institucional, se consolidan 33 casos de infecciones a asociadas a la atención en salud ISO.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de cumplimiento en aislamientos	90%	PORCENTAJE	90%	SOBRESALIENTE	Indicador en cumplimiento de meta institucional, se mantienen acciones de supervisión y retroalimentación.
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y	Porcentaje de cumplimiento en adherencia a lavado de manos	70%	PORCENTAJE	81%	SOBRESALIENTE	Indicador en cumplimiento de meta institucional, se mantiene en aumento en el número de observaciones.



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



articulación del
gobierno clínico.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

AUDITORIA DE CUENTAS: El cumplimiento en la auditoría de cuentas médicas es sobresaliente, con la correcta retroalimentación en el comité de glosas institucional. La asignación del auxiliar de cuentas para la recolección de información ha sido clave para el éxito. El desempeño es consistente con los resultados de los años anteriores.

2. AUDITORIA MÉDICA: Se ha superado la meta en todos los indicadores de auditoría médica, incluyendo las auditorías de pacientes trazadores y auditorías concurrentes, además de los conceptos de auditoría para casos especiales. El incremento significativo en los conceptos de auditoría (152% respecto al año anterior) refleja una mayor demanda de atención y una correcta gestión de los mismos.

3. SEGURIDAD DEL PACIENTE: 1. Se logró un cumplimiento superior al 100%, destacando una gestión proactiva en la implementación de rondas de seguridad.-Se supera ampliamente la meta propuesta, lo que demuestra un buen nivel de concienciación y participación en el sistema de seguridad del paciente. **2. No se cumplió con la meta debido a la falta de personal encargado del análisis de los reportes en el cuarto trimestre. Este desfase refleja la importancia de mantener un equipo completo.**

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: Se logró un cumplimiento excelente, con una tasa de infección mucho menor a la meta, lo que refleja una correcta implementación de las políticas de control de infecciones.-El cumplimiento con la meta es total, lo que demuestra una sólida gestión en la prevención de infecciones postoperatorias.-Se cumplió con la meta, lo que indica que las medidas de aislamiento se están implementando adecuadamente.-Se superó la meta en el cumplimiento del lavado de manos, lo que demuestra una mejora en la cultura de higiene dentro de la institución.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

AUDITORIA DE CUENTAS: Mantener el enfoque exitoso y asegurar que el personal asignado continúe con la misma calidad de trabajo. También, se podrían explorar mejoras tecnológicas que optimicen aún más la recolección y análisis de la información.

2. AUDITORIA MEDICA Seguir con la programación planificada y la asignación de auditores por servicio. Sin embargo, se debe monitorear el aumento de tutelas y quejas para desarrollar estrategias preventivas y manejar la carga de trabajo. Evaluar la posibilidad de incrementar el personal de auditoría para responder a la demanda creciente.

3. SEGURIDAD DEL PACIENTE: En cuanto al análisis de reportes del indicador no cumplido (82% de cumplimiento), la falta de un profesional encargado en el último trimestre fue un factor negativo. Es recomendable asignar recursos humanos suficientes para garantizar la continuidad en el análisis de los reportes. También, continuar fomentando la cultura de reporte y mejorar los procesos de retroalimentación.

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: 1. Mantener las buenas prácticas de control de infecciones y continuar evaluando los procesos para identificar nuevas oportunidades de mejora. 2. Continuar con los protocolos de seguridad en cirugía y reforzar la vigilancia en sitios operatorios para mantener esta baja tasa. 3. Seguir supervisando la correcta implementación de los aislamientos y reforzar la capacitación del personal para asegurar la continuidad de este cumplimiento. 4. Continuar con las prácticas de higiene y realizar auditorías frecuentes para garantizar la adherencia al lavado de manos en todos los servicios.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

DEPENDENCIA A EVALUAR			SISTEMA INTEGRADO DE GESTION				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
EMERGENCIAS Y DESASTRES	1. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Cumplimiento del cronograma de ejecución de simulacros	25%	Porcentaje Cuarta parte trimestral del 100%	150%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realizaron 12 simulacros de 8 programados en el periodo.
	2. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Porcentaje de capacitación exitosa al personal del HUDN sobre Plan Hospitalario de Emergencias	25%	Porcentaje Cuarta parte trimestral del 100%	120%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realizó capacitación sobre Plan Hospitalario de Emergencias al total de colaboradores del HUDN Cabe resaltar que se sobrepasa la meta, porque muchas veces asisten 2 o más veces a la capacitación y registran asistencia.
	3. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Porcentaje de capacitación exitosa al personal de empresas tercerizadas sobre Plan Hospitalario de Emergencias	25%	Porcentaje Cuarta parte trimestral del 100%	150%	SOBRESALIENTE	Para el segundo trimestre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realizó capacitación sobre Plan Hospitalario de Emergencias al total de colaboradores de las empresas tercerizadas. Cabe resaltar que se sobrepasa la meta, porque muchas veces asisten 2 o más veces a la capacitación y registran asistencia



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	4. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Inspección de elementos de seguridad de emergencias por procesos	100%	Porcentaje	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realizó el total de inspecciones a los elementos de seguridad en los diferentes servicios del HUDN.
GESTION AMBIENTAL	1. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Apego a segregación en la fuente	90%	Porcentaje	97%	SOBRESALIENTE	El indicador de segregación en la fuente mostró un comportamiento positivo durante todo el año, con una tendencia constante de cumplimiento superior al 90% establecido como meta, el hospital ha logrado mantener un nivel elevado de compromiso con la segregación de residuos, alcanzando un 97% en el IV Trimestre, lo que es una mejora respecto al 96% obtenido en trimestres anteriores. Este comportamiento refleja el compromiso y adherencia de las acciones educativas y de sensibilización que han sido implementadas de forma continua, lo que ha permitido una adopción constante de buenas prácticas por parte del personal y los usuarios. El comportamiento consistente de este indicador también es una clara muestra del compromiso institucional con la gestión de residuos sólidos, apuntando a reducir el impacto ambiental asociado al mal manejo de los mismos. Este desempeño positivo sugiere que la sensibilización continua y la participación activa del personal son factores determinantes para mantener altos niveles de cumplimiento.
	2. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento	Tasa de consumo de agua	1	Tasa	1	SOBRESALIENTE	El consumo de agua durante el año mostró un comportamiento positivo, manteniéndose por debajo de la meta establecida de 0,95, lo que indica una gestión eficiente y responsable del recurso hídrico. A pesar de un ligero aumento observado en el III Trimestre debido a un incremento en la ocupación del hospital, la tasa de consumo se mantuvo en 0,87, lo que aún está por debajo de la meta. Esto sugiere que,



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	de los requisitos del SIG para lograr la excelencia						aunque la mayor demanda del hospital pudo haber generado un pequeño repunte en el consumo, las estrategias de ahorro y eficiencia continuaron teniendo un impacto positivo, sino también la incorporación de medidas tecnológicas como sistemas de ahorro de agua en diversas áreas del hospital. El comportamiento anual indica que las prácticas sostenibles implementadas, como la optimización en los procesos de limpieza y el control del uso del agua en áreas comunes, siguen siendo efectivas para mantener el consumo en niveles bajos, ayudando así a reducir el impacto ambiental relacionado con el uso excesivo de agua.
	3. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Tasa de consumo de energía	31	Tasa	21	SOBRESALIENTE	La tasa de consumo de energía mostró una tendencia favorable durante todo el año, con un comportamiento general que estuvo por debajo de la meta de 31, alcanzando un notable 20,82% de cumplimiento. Esto es indicativo de una gestión exitosa del recurso energético, impulsada por la implementación de diversas medidas de eficiencia energética, como la sustitución de luminarias tradicionales por tecnologías LED, el uso de luz natural en la medida de lo posible y la optimización del funcionamiento de equipos eléctricos. Aunque en el III Trimestre se observó un pequeño aumento, alcanzando una tasa de 21%, este incremento fue leve y no representó un riesgo para el cumplimiento de la meta. Este comportamiento sugiere que, si bien existen fluctuaciones en el consumo debido a la operación del hospital, las acciones tomadas continúan generando resultados positivos y contribuyen al ahorro energético general. Durante todo el año, la concientización sobre el uso eficiente de la energía y la mejora de hábitos entre el personal fueron factores clave para mantener el consumo de energía en niveles bajos.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	4. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Almacenamiento adecuado de sustancias químicas	30%	Porcentaje	69%	SOBRESALIENTE	El indicador de almacenamiento adecuado de sustancias químicas mostró una mejora progresiva durante el año, alcanzando un 69% de cumplimiento en el IV Trimestre, lo que representa un avance significativo respecto al cumplimiento del 30% establecido como meta. A lo largo del año, el hospital realizó esfuerzos continuos para garantizar el manejo seguro de las sustancias químicas, mediante la implementación de procedimientos estandarizados para su clasificación, almacenamiento y disposición final, conforme a las normativas legales y ambientales. La mejora observada se debe principalmente a la capacitación constante del personal en prácticas seguras y a la sensibilización sobre los riesgos asociados con el manejo de estas sustancias. Las visitas periódicas de seguimiento y control del almacenamiento, junto con la corrección de posibles errores, fueron determinantes para garantizar que se cumplieran los estándares de seguridad requeridos.
	5. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Porcentaje de capacitación en el Sistema de Gestión Ambiental (SGA).	90%	Porcentaje	93%	SOBRESALIENTE	El comportamiento del indicador de capacitación en el Sistema de Gestión Ambiental (SGA) durante todo el año, superando la meta establecida del 90% en cada trimestre, el porcentaje de capacitaciones refleja un esfuerzo sobresaliente en mantener al personal bien informado y comprometido con las políticas y prácticas ambientales. Este resultado es un reflejo del compromiso continuo de la institución con la formación y sensibilización ambiental, asegurando que todos los colaboradores estén alineados con las mejores prácticas en términos de gestión ambiental. Las capacitaciones regulares, que incluyen tanto a nuevos empleados como a personal en funciones, han permitido mantener un alto nivel de conocimiento y compromiso con el Sistema de Gestión Ambiental, lo cual es esencial para la implementación efectiva



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

							de las políticas ambientales en el hospital.
GESTION DE CALIDAD	1. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Gestión de referenciación interna y externa	5	NUMERO	26	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se programan referenciaciones de acuerdo a solicitudes externas e internas
	2. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Gestión de actualización documental	180	NUMERO	503	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida. Cabe resaltar que en el segundo trimestre no se dio cumplimiento con el indicador debido al cambio de personal en el área de calidad, por lo anterior se vincula una profesional para trabajar exclusivamente en documentación y en los dos trimestres siguientes se da cumplimiento con la meta establecida, siendo 503 documentos tramitados en el periodo.
SEGIRIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Tasa de accidentes de trabajo	3	TASA	0	SOBRESALIENTE	El indicador presenta un desempeño favorable, cumpliendo la meta establecida para el trimestre. Se resalta la instauración de controles frente a los riesgos ocupacionales identificados en la organización.
	2. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Gestión de los hallazgos encontrados en las investigaciones de accidentes de trabajo	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Todos los accidentes de trabajo ocurridos en el hospital fueron investigados de manera oportuna y eficiente de acuerdo a la normatividad aplicable, lo que redunda en un comportamiento favorable del indicador.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

Emergencias y desastres: **1. Cumplimiento de Simulacros (150%):** Se cumplió con la meta de simulacros programados, superando la meta establecida (12 simulacros realizados de 8 programados). Este es un resultado sobresaliente, lo que indica un manejo proactivo de la capacitación en emergencias. **2. Capacitación del La capacitación al personal del hospital ha sido muy exitosa, con un alto porcentaje de participación.** **3. Inspección de Elementos de Seguridad:** Al igual que con el personal del hospital, las capacitaciones al personal tercerizado han superado la meta. El desafío será garantizar que estas capacitaciones realmente mejoren la preparación del personal tercerizado.

2. Gestión Ambiental.

1. Segregación en la Fuente (97%): El cumplimiento es sobresaliente, con una tendencia positiva en todos los trimestres. La sensibilización continua ha sido clave para alcanzar este resultado. **2. Tasa de Consumo de Agua:** El consumo de agua está por debajo de la meta, lo que refleja una gestión eficiente del recurso hídrico, con un ligero aumento durante el tercer trimestre debido a mayor ocupación. **3. Tasa de Consumo de Energía (21%):** El consumo de energía ha estado muy por debajo de la meta, lo que refleja una gestión eficiente de los recursos energéticos, impulsada por medidas como el uso de iluminación LED y optimización de equipos. **4. Almacenamiento de Sustancias Químicas (69%):** La mejora en el almacenamiento adecuado de sustancias químicas es notable, con un progreso significativo respecto a la meta. **5. Capacitación en el Sistema de Gestión Ambiental (93%):** El esfuerzo continuo en capacitar al personal sobre el Sistema de Gestión Ambiental ha sido exitoso, lo que ha garantizado que el personal esté comprometido y bien informado sobre prácticas ambientales.

3. Gestión de Calidad.

1. Gestión de Referenciación Interna y Externa (26): Se cumplió con la meta establecida de referenciación tanto interna como externa, indicando una gestión eficiente de las solicitudes. **2. Gestión de Actualización Documental (503):** La gestión documental ha superado ampliamente la meta, con un excelente desempeño en la tramitación de documentos. El cumplimiento del segundo trimestre fue afectado por un cambio de personal, pero se ha corregido en los trimestres siguientes.

4. Seguridad y Salud en el Trabajo

Tasa de Accidentes de Trabajo (0): No se registraron accidentes de trabajo, lo que demuestra un enfoque exitoso en la prevención de accidentes. **Gestión de Hallazgos en Investigaciones de Accidentes (100%):** Todos los accidentes de trabajo fueron investigados de manera oportuna y eficiente, lo cual es un desempeño favorable.

CONCLUSION GENERAL: Los indicadores generales son sobresalientes, con un cumplimiento superior al 90% en la mayoría de los casos. Las áreas de emergencia y desastres, gestión ambiental, calidad, y seguridad y salud en el trabajo demuestran una gestión eficiente y efectiva. Las recomendaciones están centradas en mantener y seguir mejorando las prácticas actuales, buscando siempre la optimización de recursos y procesos.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

1. Emergencias y Desastres: **1. Cumplimiento de Simulacros:** Mantener el mismo nivel de esfuerzo en la planificación y ejecución de los simulacros, con énfasis en aumentar la variedad de escenarios para seguir ampliando la preparación del personal ante emergencias más complejas. **2. Capacitación del Personal:** (Asegurar que las capacitaciones sean efectivas y no solo un número de asistencias. Implementar métodos para evaluar la comprensión y la aplicabilidad del contenido en situaciones reales. También se debe garantizar que la capacitación llegue a todos los empleados de manera equitativa, sin dependencia de la repetición. **3. Inspección de Elementos de Seguridad:** Al igual que para el personal interno, se debe monitorear la efectividad de las capacitaciones, evaluando la habilidad de los empleados tercerizados para ejecutar el plan hospitalario de emergencias en situaciones reales. **4. Mantener el cumplimiento constante de las inspecciones para asegurarse de que los procesos se estén cumpliendo de manera rigurosa.**

2. Gestión Ambiental: **1. Seguir fortaleciendo las acciones educativas y de sensibilización.** Se puede explorar la implementación de tecnologías que faciliten el proceso de segregación y monitorear la mejora continua en esta área. **2. Tasa de Consumo de Agua:** Continuar con las estrategias de ahorro de agua y explorar la implementación de tecnologías adicionales para el monitoreo en tiempo real del consumo de agua como sistemas de reciclaje de agua en áreas específicas para su optimización. **3. Tasa de Consumo de Energía:** El consumo de energía ha estado muy por debajo de la meta, lo que refleja una gestión eficiente de los recursos energéticos, impulsada por

medidas como el uso de iluminación LED y optimización de equipos. **4. Mantener la capacitación constante y las inspecciones periódicas.** Es recomendable seguir evaluando la efectividad de las acciones implementadas y ajustar los procedimientos si es necesario para asegurar la completa adecuación al 100%.

3. Gestión de Calidad: **1. Gestión de Referenciación Interna y Externa:** Continuar con el proceso de referenciación, asegurándose de que el aumento no comprometa la calidad de las referencias ni la carga de trabajo del equipo. **2. Gestión de Actualización Documental:** Mantener el ritmo de actualización documental y fortalecer la capacitación en la gestión de documentos para evitar caídas en la productividad como la del segundo trimestre.

4. Seguridad y Salud en el Trabajo: **1.** Continuar fortaleciendo las medidas preventivas. Considerar la implementación de simulacros adicionales de seguridad laboral para mantener la conciencia y el enfoque en la seguridad. **2. Gestión de Hallazgos en Investigaciones de Accidentes:** Aumentar la frecuencia de revisiones de los procesos para identificar y mitigar riesgos potenciales antes de que resulten en accidentes.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR			GESTION DE CONTROL INTERNO				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
CONTROL INTERNO DE GESTION	1. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Porcentaje de cumplimiento de auditorías.	90%	PORCENTAJE	86%	ACEPTABLE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con 6 de 7 auditorías programadas, quedando pendiente la auditoria a la contratación de servicios tercerizados y de orden de prestación de servicios. Lo anterior debido a que en el tercer trimestre del año, una de las funcionarias de la Oficina de Control Interno renunció a su cargo, que por ser de carrera se ofertó en derecho preferente y en el mes de noviembre se fortaleció el equipo de trabajo de la OCIG, lo que refleja el cumplimiento aceptable a final de año

2. Incrementar la evaluación del sistema único de acreditación y mejorar el cumplimiento de los requisitos del SIG para lograr la excelencia	Porcentaje de ejecución de seguimientos.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que los seguimientos que se realizaron corresponden con el Plan Anual de Auditorías y seguimientos de ley y aquellos que se soliciten por la alta dirección y por las diferentes áreas. Es un indicador en el cual su cumplimiento es satisfactorio y que se debe analizar de manera anual a la luz del cumplimiento total del Plan Anual de Auditorías y seguimientos.
--	--	------	------------	------	---------------	--

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

La Oficina de Control Interno de Gestión ha demostrado un desempeño positivo durante el año. La ejecución de los seguimientos fue sobresaliente. Aunque se presentó un retraso debido a una circunstancia interna, el equipo supo gestionar la situación de manera eficiente, alcanzando un nivel de cumplimiento aceptable. En consecuencia, la gestión fue adecuada y los resultados obtenidos pueden considerarse satisfactorios, dadas las circunstancias que se presentaron.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

El desempeño del área de Control Interno de Gestión ha sido sólido, se recomienda continuar fortaleciendo el trabajo eficiente mediante la capacitación continua del personal, la optimización de los procesos internos y la implementación de herramientas que faciliten la gestión de las auditorías en la institución.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

DEPENDENCIA A EVALUAR	APOYO DIAGNOSTICO	
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICION DE COMPROMISOS	
	INDICADOR	RESULTADO
		ANALISIS DEL RESULTADO

SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
IMAGENOLOGIA	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de identificación correcta de los estudios realizados	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, lo cual se debe a la adherencia a los protocolos de atención establecidos en el Servicio.
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de informes sin discrepancias de interpretación en el grupo medico	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que contamos con Médicos Radiólogos que participan activamente en las juntas médicas y atienden de forma efectiva las solicitudes del cuerpo médico de la Institución.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de informes digitados correctamente	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, lo cual se debe a la adherencia a los protocolos de seguridad establecidos para ello.
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de resultados de ecografías	53	MINUTOS	30	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

5. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de resultados de tomografía	12	HORA	5	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que el recurso humano de la Unidad cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios.
6. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de resultados Rayos X	15	HORA	8	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que el recurso humano de la Unidad cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios.
7. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de resultados Resonancia Magnética (RNM)	20	HORA	14	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que el recurso humano de la Unidad cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios.
8. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	9	HORA	5,10	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que el recurso humano de la Unidad cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO S.A.S.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

LABORATORIO	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de aplicación de protocolos en toma de muestra (calidad de las muestras hemolizadas, coaguladas, repetidas)	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024 se da cumplimiento con la meta establecida y se mantiene el mínimo volumen de rechazo de muestras por mala calidad como hemolizadas, coaguladas etc. esto se debe a los puntos de control implementados en la adquisición de insumos y el cumplimiento de protocolos establecidos en el laboratorio
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de identificación de pacientes reportados correctamente	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024 se da cumplimiento con la meta establecida, esto debido a la implementación y fortalecimiento de protocolos de identificación de muestras en el laboratorio clínico.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Promedio de tiempo para la toma de exámenes y/o recepción de muestras	15	MINUTOS	13,99	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024 se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se hizo una medición tanto de toma de muestra como de espera para trámites legales toma de muestras
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de resultados entregados sin error	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024 se da cumplimiento con la meta establecida, el éxito se debe a los puntos de control existentes



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO S.S.S.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

PATOLOGÍA	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de muestras realizadas correctamente (calidad de la muestra - muestras rechazadas)	99%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se mantiene el mínimo volumen de rechazo de muestras por mala calidad. esto se debe a los puntos de control implementados en la adquisición de insumos y el cumplimiento de protocolos establecidos en patología
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de concordancia en el control de calidad realizado por pares	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se cumple con los requisitos de habilitación y acreditación en cuanto al correcto manejo de las auditorias por pares controles de calidad interno. se sigue el proceso de análisis por pares de cada 10 muestras y Se han hecho revisiones conjuntas con los profesionales para los análisis de control de muestras de patología.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de estudios patológicos correctamente reportados	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que no se han generado eventos adversos por esta causa generando un nivel de confianza para el área de patología
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de resultados de pacientes hospitalizados	3	DIAS	1,96	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se viene cumpliendo la meta establecida en la oportunidad de la entrega de resultados para hospitalización el éxito está en los puntos de control establecidos.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

IMAGENOLOGIA:

1. Identificación correcta de los estudios realizados (99%), Cumplimiento 100% (SOBRESALIENTE), Se cumple con la meta, lo cual refleja un alto nivel de adherencia a los protocolos establecidos en el servicio.
2. Informes sin discrepancias de interpretación en el grupo médico (99%), Cumplimiento: 100% (SOBRESALIENTE) El cumplimiento es excelente gracias a la participación activa de los médicos radiólogos en las juntas médicas y la atención a las solicitudes del cuerpo médico.
3. Informes digitados correctamente (99%), Cumplimiento: 100% (SOBRESALIENTE) La meta se cumple gracias a la correcta aplicación de los protocolos de seguridad en el proceso de digitación.
4. Oportunidad en la entrega de resultados de ecografías (53 minutos), Cumplimiento: 29.58 minutos (SOBRESALIENTE) Se cumple ampliamente con la meta, gracias a la eficiencia del recurso humano en la unidad.
5. Oportunidad en la entrega de resultados de tomografía (12 horas), Cumplimiento: 5.18 horas (SOBRESALIENTE) El equipo mantiene tiempos de atención dentro de los estándares establecidos.
6. Oportunidad en la entrega de resultados de Rayos X (15 horas), Cumplimiento: 7.54 horas (SOBRESALIENTE) Se cumplen los tiempos de entrega con eficiencia.
7. Oportunidad en la entrega de resultados de Resonancia Magnética (20 horas), Cumplimiento: 14.03 horas (SOBRESALIENTE) La meta es superada, lo que indica una gestión efectiva del tiempo.
8. Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (9 horas), Cumplimiento: 5.10 horas (SOBRESALIENTE) Se cumple la meta, reflejando un manejo eficiente de los tiempos de atención.

LABORATORIO:

1. Aplicación de protocolos en toma de muestra (100%), Cumplimiento: 100% (SOBRESALIENTE) Se cumple la meta gracias a los estrictos controles en la adquisición de insumos y los protocolos en el laboratorio.
2. Identificación de pacientes reportados correctamente (100%), Cumplimiento: 100% (SOBRESALIENTE) La implementación de protocolos de identificación asegura el cumplimiento.
3. Promedio de tiempo para la toma de exámenes (15 minutos), Cumplimiento: 13.99 minutos (SOBRESALIENTE) El tiempo para la toma de exámenes cumple con la meta, mejorando la eficiencia.
4. Resultados entregados sin error (100%) Cumplimiento: 100% (SOBRESALIENTE) La precisión y control en los resultados garantizan el cumplimiento de la meta.

PATOLOGIA

1. Muestras realizadas correctamente (99%), Cumplimiento: 100% (SOBRESALIENTE) Se cumple con la meta establecida, con un buen control en la calidad de las muestras.
2. Concordancia en el control de calidad realizado por pares (99%), Cumplimiento: 100% (SOBRESALIENTE) El éxito se debe al cumplimiento de los requisitos de habilitación y los controles de calidad internos mediante auditorías por pares.
3. Estudios patológicos correctamente reportados (99%), Cumplimiento: 100% (SOBRESALIENTE) No se reportaron eventos adversos, lo que aumenta la confianza en el área de patología.
4. Oportunidad en la entrega de resultados de pacientes hospitalizados (3 días), Cumplimiento: 1.96 días (SOBRESALIENTE) Se cumple ampliamente con la meta, con una eficiente gestión del tiempo.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

Se recomienda continuar con el trabajo eficiente y consistente en las áreas mencionadas, manteniendo el cumplimiento de los protocolos establecidos y optimizando la gestión del tiempo y recursos. La implementación de tecnologías avanzadas, la capacitación constante y el seguimiento de los procesos son claves para seguir alcanzando altos niveles de desempeño y mejorar continuamente la calidad del servicio.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR			ATENCION AMBULATORIA				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
CONSULTA EXTERNA	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de capacidad instalada ofertada	90%	PORCENTAJE	85%	NO CUMPLIDA	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, no se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que se ve afectado por especialidades como maxilofacial, y oftalmología que aun cuentan con cupos libres
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y	Porcentaje de capacidad no utilizada	40%	PORCENTAJE	26%	SOBESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, siendo un resultado positivo para la institución, teniendo en cuenta que hay especialidades que se utilizaron con mayor frecuencia

	articulación del gobierno clínico.						
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de inasistencia a la consulta programada	15%	PORCENTAJE	32%	NO CUMPLIDA	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, no se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que en este trimestre se implementa Dinámica web la cual al facturar o abrir ingresos se debe enlazar la cita a la especialidad. Lo que afecta el indicador aumentando la inasistencia
PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE SALUD	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Coberturas con BCG en recién nacido	100%	PORCENTAJE	99,75%	ACEPTABLE	Desde abril hasta diciembre del año 2024, se registra un cumplimiento del 99,75% teniendo en cuenta que quedan pendientes vacunar 4 niños cuando su condición clínica y su ganancia de peso lo permitan
	5. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Coberturas con Hepatitis B en recién nacido	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Desde abril hasta diciembre del año 2024, se registra un cumplimiento en la totalidad de la vacunación de Hepatitis B a recién nacidos en la institución.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

Consulta Externa: 1. Porcentaje de capacidad instalada ofertada (85%, sobre un 90% no cumplida): Se observó un incumplimiento en la meta, principalmente debido a la baja utilización de especialidades como maxilofacial y oftalmología, que presentan cupos disponibles. Esto sugiere que hay una falta de demanda o promoción adecuada de estas especialidades. 2. Porcentaje de capacidad no utilizada (26%, sobresaliente): Este indicador muestra un resultado positivo, ya que refleja un uso eficiente de la capacidad disponible, especialmente en las especialidades con mayor demanda. 3. Porcentaje de inasistencia a la consulta programada (32%, sobre un 15% no cumplida): La inasistencia ha superado la meta, posiblemente influenciada por la implementación de la dinámica web que enlaza la cita con la especialidad en el momento de la facturación, lo que podría estar causando confusión o dificultades para los pacientes.

Promoción y Mantenimiento de Salud: 1. Coberturas con BCG en recién nacidos (99.75%, aceptable): La cobertura está muy cerca de la meta, con una ligera desviación debido a la condición clínica de algunos recién nacidos, lo cual es un factor comprensible y no refleja una

falla del proceso. 2. Coberturas con Hepatitis B en recién nacidos (100%, sobresaliente): Se cumple totalmente con la meta, lo que resalta una ejecución eficiente y sin problemas en este ámbito.

CONCLUSION GENERAL: El desempeño en Consulta Externa y Promoción y Mantenimiento de Salud muestra áreas de éxito, especialmente en el uso eficiente de la capacidad instalada y el cumplimiento en la vacunación contra la Hepatitis B. Sin embargo, existen áreas que requieren atención, como la capacidad instalada ofertada y las inasistencias a consultas programadas. La implementación de nuevas dinámicas de gestión de citas y la optimización de recursos en especialidades son esenciales para mejorar los resultados.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

Consulta Externa: 1. Para mejorar la capacidad instalada ofertada: Se recomienda analizar las especialidades con menor demanda (maxilofacial y oftalmología) y desarrollar estrategias de promoción para aumentar la afluencia de pacientes. También se podría considerar ajustar la programación o el enfoque para mejorar la utilización de estos servicios. **2. Para reducir la inasistencia a consultas programadas:** Es importante revisar y ajustar el sistema de citación enlazado con la facturación para que no genere confusión. Además, se podría implementar recordatorios automatizados para los pacientes antes de la consulta, y considerar sanciones o incentivos para mejorar la asistencia.

Promoción y Mantenimiento de Salud: 1. Para mantener la cobertura de vacunación: Continuar con el seguimiento de los recién nacidos para asegurar que los niños que no recibieron la vacuna BCG por condiciones de salud puedan ser vacunados oportunamente. Asimismo, mantener el excelente desempeño en la vacunación de Hepatitis B, siguiendo las buenas prácticas que han garantizado el cumplimiento total.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR			GESTION DE DOCENCIA E INVESTIGACION				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
GESTION DE DOCENCIA E INVESTIGACION	1. Cumplir los estándares y condiciones para obtener el reconocimiento de Hospital Universitario	Porcentaje de convenios de residencia medica evaluados con eficiencia técnica positiva	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, en cuanto no se ha establecido nuevos convenios docencia servicio y los firmados se siguen manteniendo.

2. Cumplir los estándares y condiciones para obtener el reconocimiento de Hospital Universitario	Porcentaje de cumplimiento anual del plan de desarrollo docente	80%	86%	80%	86%	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realizó la autoevaluación por parte del equipo de trabajo .No hay cumplimiento en el 100%, dado que se viene trabajando con Ministerio en puntos claves como Plan de desarrollo, interprofesionalidad, Infraestructura y medios educativos
3. Cumplir los estándares y condiciones para obtener el reconocimiento de Hospital Universitario	Porcentaje seguimiento efectivo de la producción científica del grupo Hosdenar investiga.	80%	94%	80%	94%	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que se dio cumplimiento a la convocatoria MinCiencias para medición de investigadores, cumpliendo con los requisitos mínimos para categorización de grupos de investigación, actualmente categorizado en C
4. Cumplir los estándares y condiciones para obtener el reconocimiento de Hospital Universitario	Porcentaje de cumplimiento de capacidad instalada para prácticas formativas	100%	100%	100%	100%	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, obedeciendo a la continuidad del semestre académico, se mantiene capacidad instalada, se resalta que por las vacaciones académicas el número de estudiantes se reduce

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

- 1. Porcentaje de convenios de residencia médica evaluados con eficiencia técnica positiva:** El cumplimiento con la meta de evaluación de convenios de residencia médica es excelente. Se mantuvo la eficiencia técnica en todos los convenios activos. No obstante, sería recomendable mantener la evaluación periódica de estos convenios para identificar áreas de mejora, incluso si no se han firmado nuevos convenios en este período.
- 2. Porcentaje de cumplimiento anual del plan de desarrollo docente:** El cumplimiento del plan de desarrollo docente es destacado. El trabajo de autoevaluación y la colaboración con el Ministerio en áreas como la interprofesionalidad, infraestructura y medios educativos es positivo. El cumplimiento no alcanzó el 100% debido a algunos aspectos pendientes, como el Plan de Desarrollo.
- 3. Porcentaje de seguimiento efectivo de la producción científica del grupo Hosdenar Investiga:** El seguimiento a la producción científica ha sido sobresaliente, con un cumplimiento notablemente por encima de la meta. Además, el hospital logró el cumplimiento de los requisitos para la categorización del grupo de investigación, lo que subraya el éxito en esta área.
- 4. Porcentaje de cumplimiento de capacidad instalada para prácticas formativas:** Se ha cumplido a la perfección con la capacidad instalada para las prácticas formativas, lo que indica una adecuada infraestructura y preparación para las prácticas académicas.

El desempeño en el área de Gestión de Docencia e Investigación ha sido sobresaliente en general, con metas superadas en la mayoría de los indicadores. El compromiso con la mejora continua en los convenios, el desarrollo docente y la investigación científica es evidente. Sin

embargo, se recomienda enfocarse en áreas pendientes, como el trabajo con el Ministerio para asegurar la plena implementación del Plan de Desarrollo Docente, y seguir optimizando las capacidades de infraestructura educativa

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

1. Porcentaje de convenios de residencia médica evaluados con eficiencia técnica positiva: Seguir realizando evaluaciones periódicas de los convenios existentes y preparar la estructura para incorporar nuevos convenios cuando se presenten oportunidades.
2. Porcentaje de cumplimiento anual del plan de desarrollo docente: Aumentar los esfuerzos para cerrar las brechas en los aspectos pendientes con el Ministerio para lograr el cumplimiento total del plan en el próximo periodo.
3. Porcentaje de seguimiento efectivo de la producción científica del grupo Hosdenar Investiga: Mantener el enfoque actual en la medición y evaluación de la producción científica, y seguir fortaleciendo las estrategias para asegurar la categorización continua en el futuro.
4. Porcentaje de cumplimiento de capacidad instalada para prácticas formativas: Mantener la gestión de la capacidad instalada en línea con las necesidades académicas y estar preparado para ajustarse a cambios, como variaciones en la cantidad de estudiantes debido a las vacaciones o periodos de receso.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

DEPENDENCIA A EVALUAR			HOSPITALIZACION				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS				ANALISIS DEL RESULTADO	
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
HOSPITALIZACION	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en asignación de cama en hospitalización	72	HORAS	57	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta las directrices y recomendaciones de proceso documentado en asignación de camas en áreas de internación, manejo de herramienta tipo formato en cada uno de los servicios disponible en los escritorios PC para su registro oportuno. También se cuenta con un seguimiento de plan de acción perteneciente a la oportunidad de asignación de cama a los servicios de urgencias, uci adultos y URPA.

2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de mortalidad después de 48 horas	6%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, resaltando la calidad del servicio prestado a través de la aplicación de guías de práctica clínica basada en la evidencia, relacionado a la morbilidad institucional.
3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de reingresos antes de 15 días	1%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta el fortalecimiento del proceso de gestión de egreso, entrega de información de indicaciones de salida, control de citas con médico tratante y remisión a EAPB para seguimiento en promoción y mantenimiento de la salud.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

1. Oportunidad en asignación de cama en hospitalización: 1. Se ha logrado un excelente desempeño en este indicador, cumpliendo ampliamente con la meta establecida de 72 horas. La asignación oportuna de camas se ha manejado adecuadamente mediante un proceso bien documentado, con el uso de herramientas y formatos que permiten el registro oportuno en cada servicio. 2. El seguimiento del plan de acción también ha sido clave, especialmente en servicios críticos como urgencias, UCI adultos y URPA.

2. Porcentaje de mortalidad después de 48 horas: Este indicador refleja un desempeño excepcional, con una mortalidad significativamente inferior a la meta del 6%. La aplicación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia ha demostrado ser efectiva en la prevención y manejo de morbilidades, lo que ha resultado en una baja tasa de mortalidad. Este logro también refleja la alta calidad de los cuidados brindados a los pacientes.

3. Porcentaje de reingresos antes de 15 días: El cumplimiento de esta meta es sobresaliente, con una tasa de reingresos bien por debajo del 1%. Este buen desempeño se atribuye al fortalecimiento del proceso de gestión de egresos, que incluye la entrega de información clara sobre las indicaciones de salida, el control de citas con el médico tratante y la remisión a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para el seguimiento adecuado en promoción y mantenimiento de la salud.

CONCLUSION GENERAL: El área de Hospitalización ha tenido un desempeño sobresaliente en los tres indicadores evaluados. La eficiencia en la asignación de camas, la baja mortalidad después de 48 horas, y la mejora en la gestión de egresos son resultados positivos que reflejan un alto nivel de calidad en la atención.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

- 1. Oportunidad en asignación de cama en hospitalización:** Continuar con las prácticas actuales para asegurar la eficiencia en la asignación de camas. Sin embargo, es importante mantener el monitoreo constante del flujo de pacientes para identificar posibles áreas de mejora en la asignación, especialmente en situaciones de alta demanda.
- 2. Porcentaje de mortalidad después de 48 horas:** Mantener las prácticas clínicas y protocolos que contribuyen a este bajo porcentaje de mortalidad. Además, sería beneficioso seguir evaluando y ajustando las guías de práctica clínica en función de las nuevas evidencias científicas para asegurar que la atención siga siendo de la más alta calidad.
- 3. Porcentaje de reingresos antes de 15 días:** Analizar los casos de reingresos para identificar patrones o causas comunes. Además, revisar

la eficacia de las indicaciones de salida y los procesos de comunicación con los pacientes y sus familiares podría mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la necesidad de reingresos.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR			QUIROFANO, SALA DE PARTOS Y GINECOBSTETRICIA				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS				ANALISIS DEL RESULTADO	
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
CENTRAL DE ESTERILIZACION	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Validación de proceso de esterilización en vapor	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Durante los últimos tres años se cumple con los estándares de calidad, indicador biológico de cada las cargas de vapor negativas, garantizando el correcto proceso de esterilización, por ende seguridad al usuario quirúrgico
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Validación de proceso de esterilización en peróxido de hidrógeno	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Durante los últimos tres años se cumple con los estándares de calidad, indicador biológico de cada las cargas de peróxido negativas, garantizando el correcto proceso de esterilización, por ende seguridad al usuario quirúrgico



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

QUIROFANO	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la realización de cirugías de urgencias prioritarias	30	MINUTOS	14	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se dispone de quirófano y grupo quirúrgico las 24 horas para cubrir atención de cirugías de urgencia, con el fin de solventar las urgencias quirúrgicas de los usuarios de todas las especialidades
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la realización de cirugías de urgencias relativas	120	MINUTOS	79	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se dispone de quirófano y grupo quirúrgico las 24 horas para cubrir atención de cirugías de urgencia, con el fin de solventar las urgencias quirúrgicas de los usuarios de todas las especialidades
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de cancelación de cirugías por causas institucionales	4%	PORCENTAJE	8%	NO CUMPLIDA	No se da cumplimiento al indicador, ya que las principales causas de cancelación obedecen a fallas institucionales de programación y cumplimiento de órdenes y valoraciones en piso.
SALA DE PARTOS Y GINECOBSTERICIA	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Indicador de planificación familiar por evento obstétrico	80%	PORCENTAJE	87%	SOBRESALIENTE	En el periodo desde abril a diciembre Se da cumplimiento al indicador, se continua con cumplimiento a ruta materno perinatal, fortaleciendo con la asesoría por médico o ginecólogo, así como garantizando los métodos de planificación en la institución.



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



UNIDAD DE RECUPERACION POST- ANESTESIA- URPA	1. Evaluar la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de atención	Porcentaje de satisfacción del usuario en el manejo del dolor	80%	PORCENTAJE	90%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, el éxito se da por la aplicación de estrategias de recuperación en el paciente que ingresa a URPA,
--	---	---	-----	------------	-----	---------------	--

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

Central de Esterilización

1. Validación de proceso de esterilización en vapor: La validación del proceso de esterilización en vapor ha sido cumplida con éxito, garantizando que las cargas de vapor sean negativas. Esto refleja un estándar de calidad constante durante los últimos tres años y asegura la seguridad del usuario quirúrgico.

2. Validación de proceso de esterilización en peróxido de hidrógeno: Al igual que la esterilización en vapor, la validación del proceso en peróxido de hidrógeno también ha sido cumplida en su totalidad, con cargas negativas, lo que garantiza la efectividad del proceso y la seguridad de los usuarios quirúrgicos.

Quirófano

1. Oportunidad en la realización de cirugías de urgencias prioritarias: El indicador muestra un cumplimiento sobresaliente, con un tiempo promedio de 14 minutos para la realización de cirugías urgentes prioritarias, muy por debajo de la meta establecida. Esto demuestra una alta eficiencia en la asignación de recursos y atención a los pacientes críticos.

2. Oportunidad en la realización de cirugías de urgencias relativas: La meta también se ha superado con éxito, alcanzando un tiempo promedio de 79 minutos para las cirugías de urgencias relativas. Esto refleja la buena organización y el manejo adecuado de los recursos humanos y materiales.

3. Porcentaje de cancelación de cirugías por causas institucionales: La tasa de cancelación de cirugías por causas institucionales (8%) no cumplió con la meta, lo que indica que existen fallas en la programación y el cumplimiento de órdenes y valoraciones en piso. Este es un área crítica que necesita atención.

Sala de Partos y Ginecoobstetricia: Indicador de planificación familiar pos-evento obstétrico: El indicador muestra un cumplimiento sobresaliente, alcanzando el 87% en la planificación familiar pos-evento obstétrico. Esto refleja un enfoque proactivo en el cuidado integral de la madre y su salud reproductiva.

Unidad de Recuperación Post-Anestesia (URPA): El cumplimiento con la meta de satisfacción del usuario en el manejo del dolor es sobresaliente, alcanzando un 90%. Este indicador refleja el éxito en la aplicación de estrategias para la recuperación del paciente y su bienestar postoperatorio.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

Central de Esterilización

1. Validación de proceso de esterilización en vapor: Continuar con los procedimientos actuales para mantener estos estándares de calidad. **2. Validación de proceso de esterilización en peróxido de hidrógeno:** Mantener el seguimiento continuo y las validaciones periódicas, asegurando la calidad del proceso de esterilización. La capacitación sobre el manejo de peróxido de hidrógeno debe seguir siendo parte de los protocolos estándar.

Quirófano

1. Oportunidad en la realización de cirugías de urgencias prioritarias: Continuar con el modelo de operación actual que permite la disponibilidad de quirófano y grupo quirúrgico las 24 horas. Es importante asegurar la disponibilidad constante y evaluar posibles mejoras

en la comunicación entre los equipos para mantener estos tiempos de respuesta tan eficientes.

2. Oportunidad en la realización de cirugías de urgencias relativas: Mantener los estándares de eficiencia, asegurando que los quirófanos y personal estén siempre disponibles para cualquier tipo de urgencia. Se debe seguir evaluando el tiempo de respuesta en diferentes especialidades para optimizar aún más los procesos.

3. Porcentaje de cancelación de cirugías por causas institucionales: Se recomienda realizar un análisis detallado de las causas de cancelación de cirugías para identificar las fallas en la programación y gestión de órdenes. Establecer procesos más estrictos para el cumplimiento de las valoraciones pre-quirúrgicas y mejorar la coordinación entre los servicios clínicos y administrativos podría ayudar a reducir las cancelaciones.

Sala de Partos y Ginecoobstetricia: Indicador de planificación familiar pos-evento obstétrico: Continuar con la implementación de la ruta materno-perinatal y fortalecer la asesoría por parte de médicos o ginecólogos. Sería beneficioso mantener la capacitación del personal sobre las opciones de planificación familiar para asegurar que todas las pacientes reciban la información y el acceso a los métodos adecuados.

Unidad de Recuperación Post-Anestesia (URPA): Continuar con las estrategias que se han implementado para el manejo del dolor en URPA. También es recomendable realizar encuestas de satisfacción periódicas para seguir evaluando y ajustando las estrategias de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

Conclusión General:

El área de Central de Esterilización, Quirófano, Sala de Partos y Ginecoobstetricia, y Unidad de Recuperación Post-Anestesia (URPA) ha demostrado un desempeño sobresaliente en la mayoría de los indicadores establecidos, garantizando la calidad y seguridad de la atención al paciente.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR				SERVICIO FARMACEUTICO			
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
SERVICIO FARMACEUTICO	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de eventos adversos presentados con medicamentos de alto riesgo	2%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se ejecuta las actividades del referente del programa, en el análisis y gestión de Eventos adversos por medicamentos de alto riesgo.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de eventos adversos por confusión en el uso de medicamentos LASA	2%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, resultado que obedece al cumplimiento del programa de Farmacovigilancia, en cuanto al análisis, gestión e implementación de barreras de seguridad, etc.
3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de errores de medicación asociados a la dispensación	20%	PORCENTAJE	8%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, siendo este el resultado de la gestión e implementación de barreras de seguridad.
4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de Efectividad en seguimiento al uso de tecnologías NO PBS	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, esto se debe al seguimiento diario de las prescripciones y ordenamientos MIPRES.
5. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de productos a los servicios asistenciales	90%	PORCENTAJE	97%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que las entregas de parte de los proveedores fueron más oportunas y consecuente mejoró la entrega a los servicios.
6. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de oportunidad en trámite de facturas	90%	PORCENTAJE	87%	ACEPTABLE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se autorizó el trámite de las cuentas por pagar y en consecuencia se pudo tramitar cuentas.



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

7. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de efectividad en la inclusión/exclusión de productos al listado básico	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se realizó la gestión para la inclusión de los productos farmacéuticos autorizados en el COFYTE al listado básico institucional
8. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de impacto en la revisión de cuentas	2%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, debido al reporte diario de evidencias encontradas que se envía a cada servicio, generando alerta en la falta de registro por el personal responsable lo que conlleva a una mejoría en el proceso
9. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Impacto logística inversa	70%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, el éxito del cumplimiento del indicador se debe a que se ha rotado productos con IPS, de igual manera cada mes se informa internamente a personal médico por diferentes canales, cuales son los mx y dm que se van a vencer, para que se tenga en cuenta su prescripción y evitar su vencimiento.
10. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Efectividad logística inversa	70%	PORCENTAJE	90%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, el éxito del cumplimiento del indicador obedece a que se ha incrementado el reconocimiento de productos devueltos en meses anteriores, dicha reposición se ha realizado tanto en notas contables como en productos, teniendo en cuenta nuestras necesidades.
11. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de efectividad en la revisión de cuentas	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, debido al reporte diario de evidencias encontradas que se envía a cada servicio generando alerta en falta de registro por el personal responsable lo que conlleva a una mejoría en el proceso



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



	12. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de efectividad actividades BPM	95%	PORCENTAJE	97%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se da continuidad a las actividades exigidas, en los controles microbiológicos, mantenimiento y calificaciones de la CMP, dando cumplimiento a la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE)
--	---	---	-----	------------	-----	---------------	---

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

- 1. Porcentaje de eventos adversos con medicamentos de alto riesgo:** El cumplimiento sobresaliente (0% de eventos adversos) sugiere una buena gestión de seguridad en el manejo de medicamentos de alto riesgo, con un enfoque eficaz en la prevención de errores.
- 2. Porcentaje de eventos adversos por confusión de medicamentos LASA:** El cumplimiento sobresaliente con cero eventos adversos refleja una implementación exitosa de medidas preventivas en el uso de medicamentos LASA
- 3. Porcentaje de errores de medicación asociados a la dispensación:** Con un cumplimiento sobresaliente, el 8% es muy bajo en comparación con la meta del 20%, lo que indica que las medidas preventivas han sido efectivas.
- 4. Efectividad en seguimiento al uso de tecnologías NO PBS:** El cumplimiento total demuestra una excelente implementación del sistema de seguimiento de tecnologías médicas no incluidas en el PBS.
- 5. Oportunidad en la entrega de productos a los servicios asistenciales:** El cumplimiento sobresaliente sugiere una gestión eficiente de la logística de distribución de medicamentos.
- 6. Porcentaje de oportunidad en trámite de facturas:** El cumplimiento aceptable es razonable, aunque ligeramente por debajo de la meta del 90%. La oportunidad en el trámite es buena, pero aún se puede mejorar.
- 7. Efectividad en la inclusión/exclusión de productos al listado básico:** El cumplimiento sobresaliente refleja una gestión eficiente y una correcta actualización del listado de productos farmacéuticos
- 8. Porcentaje de impacto en la revisión de cuentas:** El cumplimiento sobresaliente con un 0% de impacto sugiere que no hubo problemas significativos en las cuentas.
- 9. Impacto de la logística inversa:** El cumplimiento sobresaliente indica una excelente gestión en la logística inversa y la rotación de productos.
- 10. Efectividad de la logística inversa:** El cumplimiento sobresaliente refleja una excelente efectividad en la reposición de productos, aunque siempre hay espacio para mejorar.
- 11. Porcentaje de efectividad en la revisión de cuentas:** Con un cumplimiento sobresaliente, el 100% de efectividad en la revisión de cuentas indica un control adecuado sobre el proceso.
- 12. Porcentaje de efectividad en actividades BPM (Buenas Prácticas de Manufactura):** El cumplimiento sobresaliente refleja una gestión efectiva en las actividades relacionadas con las Buenas Prácticas de Manufactura.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

- 1. Porcentaje de eventos adversos con medicamentos de alto riesgo:** Mantener las actividades de vigilancia y gestión de riesgos, y reforzar las estrategias de capacitación del personal.
- 2. Porcentaje de eventos adversos por confusión de medicamentos LASA:** Continuar con la estrategia de farmacovigilancia y fortalecer la comunicación entre los equipos clínicos.
- 3. Porcentaje de errores de medicación asociados a la dispensación:** Continuar con la formación y sensibilización del personal de farmacia, y revisar continuamente los procedimientos de dispensación.
- 4. Efectividad en seguimiento al uso de tecnologías NO PBS:** Mantener y, si es posible, mejorar la calidad del seguimiento para asegurar la continuidad en la precisión y eficacia.
- 5. Oportunidad en la entrega de productos a los servicios asistenciales:** Continuar trabajando con los proveedores y optimizar la gestión logística para lograr la meta del 100%.
- 6. Porcentaje de oportunidad en trámite de facturas:** Reforzar la capacitación en procesos administrativos.
- 7. Efectividad en la inclusión/exclusión de productos al listado básico:** Continuar con las gestiones para asegurar la correcta inclusión de



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

productos y evitar errores en el proceso.

8. Porcentaje de impacto en la revisión de cuentas: Continuar con los informes y seguimientos diarios para mantener un control riguroso en la revisión de cuentas.

9. Impacto de la logística inversa: Mantener las buenas prácticas.

10. Efectividad de la logística inversa: Seguir trabajando con los proveedores y realizar auditorías periódicas de los productos devueltos para mejorar la reposición de inventarios.

11. Porcentaje de efectividad en la revisión de cuentas: Continuar con los procedimientos de revisión y alertas diarias para asegurar el mantenimiento de este desempeño.

12. Porcentaje de efectividad en actividades BPM (Buenas Prácticas de Manufactura): Mantener la supervisión continua sobre los controles microbiológicos y las condiciones de las instalaciones para garantizar la certificación.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA							
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
DEPENDENCIA A EVALUAR			URGENCIAS				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS			ANALISIS DEL RESULTADO		
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS DEL AÑO
URGENCIAS	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de pacientes de triage que pasan a consulta	70%	PORCENTAJE	77%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, esto a razón de ingreso de todos pacientes desde triage a Consulta y con los cambios en la forma de contratación con las EAPB para este Año. Por lo tanto ya no se realiza Derivación de pacientes a Las Redes de atención de Niveles de atención 1. Se ingresan los Triages a consulta todas las clasificaciones 1 a 5.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la valoración inicial por especialidades básicas	3	HORAS	2	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta que se tomó las Especialidades básicas y de disponibilidad 24 horas. Los especialistas tiene adherencia a respuesta, mas no al Registro en el sistema por la Ruta de respuesta a Valoración e Interconsulta. Se ha realizado el análisis y Plan de Mejora con relación a la necesidad del cumplimiento de la oportunidad en la atención y de respuesta especialmente los fines de semana y la dificultad de disponibilidad de especialidades.
3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la valoración inicial por otras especialidades	5.40	HORAS	1.79	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, esto se debe a que en el Los especialistas tiene adherencia a respuesta, mas no al Registro en el sistema por la Ruta de respuesta a Valoración e Interconsulta. Se ha realizado el análisis y Plan de Mejora con relación a la necesidad del cumplimiento de la oportunidad en la atención y de respuesta especialmente los fines de semana y la dificultad de disponibilidad de especialidades contratadas de ops.

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

Porcentaje de pacientes de triage que pasan a consulta: El cumplimiento es sobresaliente, ya que se ha superado la meta del 70%. La mejora en la forma de contratación con las EAPB y la modificación en los procedimientos de derivación han facilitado que más pacientes pasen de triage a consulta.

2. Oportunidad en la valoración inicial por especialidades básicas: El cumplimiento es sobresaliente, ya que se ha logrado una mejora significativa en la oportunidad de valoración, alcanzando una media de 2 horas frente a la meta de 3 horas. Esto refleja una adecuada disponibilidad de especialistas y una buena adherencia a la ruta de valoración e interconsulta. Sin embargo, se señala que hay una dificultad con el registro en el sistema y la disponibilidad de especialistas los fines de semana.

3. Oportunidad en la valoración inicial por otras especialidades: El cumplimiento sobresaliente indica que la valoración inicial por otras especialidades se realiza mucho más rápido de lo que se esperaba (1.79 horas en lugar de las 5.40 horas estipuladas). Esto refleja una alta eficiencia en la gestión de interconsultas con especialistas. No obstante, se destaca la dificultad en la disponibilidad de especialidades contratadas por OPS, lo que puede generar ciertos cuellos de botella en casos específicos.

El rendimiento de Urgencias ha sido sobresaliente en cuanto a la oportunidad en la atención y el proceso de valoración, superando las metas establecidas. Sin embargo, se debe seguir trabajando en la mejora de la disponibilidad de especialistas y la optimización del uso de sistemas de gestión para lograr un desempeño aún mejor en el futuro.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

- 1. Porcentaje de pacientes de triage que pasan a consulta:** Mantener la estrategia de inclusión de todos los pacientes en consulta (todas las clasificaciones 1 a 5) y evaluar la posibilidad de optimizar aún más los tiempos de respuesta, reduciendo cualquier punto de congestión.
- 2. Oportunidad en la valoración inicial por especialidades básicas:** Mejorar la disponibilidad de especialistas, especialmente en fines de semana, y reforzar la capacitación sobre el uso del sistema de registro para asegurar que toda la información esté adecuadamente documentada y accesible.
- 3. Oportunidad en la valoración inicial por otras especialidades:** Continuar con la optimización de los tiempos de respuesta, buscando soluciones a la escasez de especialistas, especialmente para los fines de semana, y considerar el refuerzo o la colaboración con más OPS para garantizar la disponibilidad.

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

DEPENDENCIA A EVALUAR			SOPORTE TERAPEUTICO				
OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		MEDICION DE COMPROMISOS				ANALISIS DEL RESULTADO	
		INDICADOR		RESULTADO			
SUBPROCESOS	OBJETIVOS ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS DEL AÑO	
BANCO DE SANGRE	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Glóbulos rojos incinerados por vencimiento	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	La incineración de glóbulos rojos por vencimiento presenta cumplimiento en la meta propuesta. El éxito del indicador se mantiene con la implementación de estrategias de mercadeo y monitorización continua del programa de Hemovigilancia.
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y	Plaquetas incineradas por vencimiento.	30%	PORCENTAJE	5%	SOBRESALIENTE	La incineración de glóbulos rojos por vencimiento presenta cumplimiento en la meta propuesta. El éxito del indicador se mantiene con la implementación de estrategias de mercadeo y monitorización continua del programa de Hemovigilancia.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

articulación del gobierno clínico.						
3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de donación voluntaria primera vez.	70%	PORCENTAJE	76%	SOBRESALIENTE	La captación de donantes de primera vez presenta cumplimiento de la meta establecida. Teniendo en cuenta la implementación de las estrategias en la selección de donantes.
4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje donación voluntaria repetitiva.	20%	PORCENTAJE	24%	SOBRESALIENTE	La captación de donantes habituales presenta cumplimiento de la meta establecida. Teniendo en cuenta la implementación de las estrategias en la selección de donantes
5. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de reacciones adversas a la donación.	2%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	Las reacciones adversas a la Donación presenta cumpliendo con de la meta establecida. El éxito del indicador se consolida por la implementación de los lineamientos técnicos para la selección de donantes del Instituto nacional de Salud y dando a conocer la importancia de reporte de las RAD.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	6. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de unidades recolectadas en el periodo.	90%	PORCENTAJE	110%	SOBRESALIENTE	La captación de donantes presenta cumplimiento de la meta establecida. Teniendo en cuenta la implementación de las estrategias en la selección de donantes.
BANCO DE LECHE HUMANA	1. Fortalecer la atención humanizada con enfoque diferencial centrada en los territorios, las personas y sus familias.	Porcentaje de cumplimiento a capacitaciones programadas extra hospitalarias	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido del año 2024, se presenta un cumplimiento de la meta establecida, teniendo en cuenta que se mantiene activa la red de apoyo al BLH, con todas las instituciones de salud y la academia, brindando educación continua a las mismas, sobre banco de leche humana y capacitación de madres donantes.
	2. Fortalecer la atención humanizada con enfoque diferencial centrada en los territorios, las personas y sus familias.	Porcentaje de cumplimiento a capacitaciones programadas intrahospitalarias	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido del año 2024, se presenta un cumplimiento de la meta establecida, teniendo en cuenta que se tiene un cronograma establecido de sesiones educativas con personal interdisciplinario para madres usuarias que asisten a BLH, utilizando estrategias lúdicas educativas, realizando seguimiento para dar cumplimiento del mismo.
	3. Fortalecer la atención humanizada con enfoque diferencial centrada en los territorios, las personas y sus familias.	Porcentaje de cumplimiento a visitas domiciliarias programadas	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido del año 2024, se presenta un cumplimiento de la meta establecida, teniendo en cuenta que se continua fortaleciendo la captación de madres donantes, difundiendo mensajes que incentivan la donación de leche humana, dan a conocer el objetivo de BLH por medio de redes sociales institucionales, de igual manera realizando llamadas telefónicas a madres lactantes del municipio de pasto.



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

IAMII	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de cumplimiento al formato de auto-apreciación.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, esto es gracias al seguimiento y uso del formato de autoapreciación, herramienta que se usa para medir la estrategia
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de cumplimiento al plan de capacitaciones de la estrategia IAMII	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, ejecutando el cronograma a seguir y así mantener la meta en capacitaciones del personal
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de Usuarios que recibieron educación	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, gracias a la importancia que se le ha dado en la educación a la madre y la función que esta tiene en ayudar a resolver sus dudas, además de que la estrategia cuenta con el horario de 7-7 de lunes a sábado y el domingo hasta la 1pm
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de recién nacidos con lactancia materna exclusiva	60%	PORCENTAJE	70%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento a la meta establecida, gracias al apoyo del personal



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





www.hosdenar.gov.co

UNIVERSITARIO HOSPITAL DE MARINO E.S.E.		ENCUESTA		EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	
NUTRICION							
1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de pacientes con nutrición enteral	60%	PORCENTAJE	66%	SOBRESALIENTE	Para el año 2024 se cumple la meta a razón de que todos los pacientes que estuvieron con soporte nutricional el 66% de los pacientes tuvieron nutrición enteral	
2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de pacientes con nutrición parenteral	35%	PORCENTAJE	42%	SOBRESALIENTE	Para el año 2024 se cumple la meta estipulada a razón	
3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje oportuna d del inicio del Soporte nutricional	80%	PORCENTAJE	88%	SOBRESALIENTE	Para el año 2024 se cumplió la meta del 88% en la oportunidad de atención del inicio de Soporte Nutricional siendo una oportunidad clave para mejorar la calidad de atención los desenlaces clínicos de los pacientes,	
4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de oportuna d del inicio de la Nutrición Enteral	80%	PORCENTAJE	98%	SOBRESALIENTE	Para el año 2024 se cumplió la meta con el 98% lo que permito mejorar los estados clínicos de los pacientes	



@Hosdenar



OS-CER448536



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	5. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de oportunidad del inicio de la vía oral	15%	PORCENTAJE	19%	NO CUMPLIDA	Para el año 2024 no se cumple a razón de que depende de las condiciones clínicas del paciente
ONCOLOGIA	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia y la gestión presupuestal institucional.	Porcentaje de cumplimiento de facturación programada en el servicio de oncología	95%	PORCENTAJE	278%	SOBRESALIENTE	La meta de facturación del año 2024 se cumple en superación a la propuesta a razón del apoyo de gerencia y las gestiones con las EPS y la ampliación en la prestación del servicio en la institución
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de abandono de tratamientos de quimioterapia	20%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE	El porcentaje de abandono de tratamientos de quimioterapia en el año fue del 2%, con un promedio de 21 pacientes que abandonaron de un total de 873 atendidos, lo que sigue siendo sobresaliente por debajo de la meta anual del 20%.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de efectos secundarios a medicamentos de quimioterapia	5%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	El porcentaje de efectos secundarios a medicamentos de quimioterapia en el año fue del 1%, con un promedio de 9 pacientes que presentaron efectos secundarios de un total de 873 atendidos, lo que sigue siendo sobresaliente y muy por debajo de la meta anual del 5%. Esto indica un control de los efectos secundarios en los pacientes durante todo el año.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de usuarios que abandonan tratamiento de radioterapia	8%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE	Durante el año, la tasa promedio de abandono del tratamiento de radioterapia fue del 2% (8 de 422 pacientes), lo que cumple de manera sobresaliente con la meta anual del 8%, manteniéndose significativamente por debajo de esta.
	5. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje usuarios con efectos secundarios a radioterapia	12%	PORCENTAJE	5%	SOBRESALIENTE	Durante el año, el porcentaje promedio de pacientes con efectos secundarios a radioterapia fue del 5% (19 de 417 pacientes), lo que cumple de manera sobresaliente con la meta del 12%, manteniéndose por debajo de esta.
	6. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de pacientes que terminan tratamiento de radioterapia	85%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	Durante el año, el porcentaje de pacientes que completaron su tratamiento fue del 98% (412 de 422 pacientes), superando ampliamente la meta anual del 85%, lo que refleja un desempeño sobresaliente.
PROGRAMA MADRE CANGURO	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de usuarios captados por el PMC intrahospitalario que ingresan al PMC ambulatorio	85%	PORCENTAJE	91%	SOBRESALIENTE	La captación de recién nacidos prematuros y/o bajo peso al nacer en el modelo de seguimiento al neonato de alto riesgo durante el año 2024 mantiene su meta establecida realizando búsqueda activa en los servicios donde nacen o se hospitalizan en alojamiento conjunto o en la unidad de recién nacidos, garantizando el ingreso al PMC ambulatorio y educar según las condiciones de egreso



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de alteración en el desarrollo neurológico y psicomotor al cumplir 2 años de edad	15%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	La atención integral del bebé canguro requiere un seguimiento específico con el equipo multidisciplinario para evaluar el desarrollo neuropsicomotor en su condición de prematuridad, para ello la meta establecida se mantiene por debajo del 15% de casos con alteraciones neurológicas que afecten estado general del recién nacido
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de pacientes operados por retinopatía de la prematuridad y captados en el Programa Madre Canguro	10%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	La retinopatía del prematuro es una de las primeras causas de ceguera infantil, detectar a tiempo riesgos asociados, disminuye notablemente la presencia de esta patología y mantenemos la meta por debajo del 10% de casos presentados con remisión y tratamiento
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Deserción de usuarios al cumplir 2 años de edad corregida de Programa Madre Canguro	15%	PORCENTAJE	84%	SOBRESALIENTE	Se evalúa al cumplir un año de edad corregida para verificar el estado nutricional y del neurodesarrollo asociado al cumplimiento de las valoraciones establecidas durante la asistencia a las citas programadas para las diferentes especialidades, la meta es aceptable porque hay casos de cambio de EPS o cambios de domicilio que afectan la continuidad del seguimiento
PSICOLOGIA	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de valoraciones iniciales por psicología según solicitud de interconsultas	85%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Este es un indicador que refleja el grado de cumplimiento de las solicitudes realizadas para valoraciones psicológicas. Este indicador ha sido relevante para medir la capacidad de respuesta y eficiencia del servicio de psicología en relación con las solicitudes de otros servicios, como medicina o rehabilitación, a través de interconsultas para lo cual para el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024 se cumplió a satisfacción



@hudnario1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de aplicación del tamizaje del riesgo suicida a la población de alcance de acuerdo al protocolo establecido	80%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	El análisis de este indicador permite verificar la efectividad y eficiencia del protocolo de tamizaje del riesgo suicida. Para el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024 se cumple la meta estipulada para lo que se puede concluir que el servicio está gestionando de manera adecuada la prevención del riesgo suicida y brindando una atención proactiva a la población en riesgo. Además, este cumplimiento asegura que el sistema de salud está comprometido con la detección temprana de casos de riesgo
REHABILITACION	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la asignación de citas	3	DIAS	3,27	NO CUMPLIDA	Durante el periodo comprendido del mes abril septiembre no cumple la meta establecida y en el periodo de septiembre a diciembre del año 2024, se puede concluir que la oportunidad en la atención del servicio de rehabilitación cardiaca y pulmonar, mejora y se encuentra dentro de meta.
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Impacto en la calidad de vida de los usuarios según cuestionario ST GEORGE	70%	PORCENTAJE	87%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido desde el mes abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta la mejoría en la calidad de vida de los pacientes que asisten al servicio de rehabilitación cardiovascular el cual es medido con el cuestionario auto-diligenciado ST GEORGE
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Impacto en la calidad de vida de los usuarios según cuestionario SF 36	70%	PORCENTAJE	80%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo comprendido desde el mes abril a diciembre del año 2024, se da cumplimiento con la meta establecida, teniendo en cuenta la mejoría en la calidad de vida de los pacientes que asisten al servicio de rehabilitación cardiovascular el cual es medido con el cuestionario auto-diligenciado SF-36



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de asistencia a citas programadas	90%	PORCENTAJE	87%	ACEPTABLE	Durante el periodo comprendido desde el mes abril a diciembre del año 2024, se puede concluir que la inasistencia de citas programadas al servicio, después del primer trimestre se encuentra en un rango aceptable dado a los factores externos del proceso de rehabilitación cardiopulmonar.
5. Incrementar de manera gradual la eficiencia y la gestión presupuestal institucional.	Porcentaje de cumplimiento de facturación programada en el servicio de rehabilitación	95%	PORCENTAJE	116%	SOBRESALIENTE	La facturación real ha alcanzado y supero la cantidad programada, lo cual indica que el servicio ha sido eficiente en la ejecución de su plan de facturación para el año 2024
6. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de recuperación por encima del 26% del paciente egresado en hospitalización	50%	PORCENTAJE	51%	SOBRESALIENTE	Este indicador ha sido clave para medir la efectividad de los procesos de hospitalización y la calidad del seguimiento post-alta. Cumplir con la meta del 50% de recuperación por encima del 26% es un objetivo positivo para este año , ya que se pudo cumplir la meta estipulada en el área de rehabilitación
7. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de recuperación por encima del 26% del paciente egresado en servicios ambulatorio terapia física	60%	PORCENTAJE	62%	SOBRESALIENTE	Este indicador ha sido clave para medir la efectividad de los procesos de consulta externa para TF, HIDROTERAPIA, TEO, FONO y la calidad del seguimiento post-alta. Cumplir con la meta del 60% de recuperación por encima del 26% es un objetivo positivo para este año , ya que se pudo cumplir la meta estipulada en el área de rehabilitación



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





HOSPITAL
UNIVERSITARIO

DEPARTAMENTO DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

SERVICIO DE HEMODIALISIS	1. Incrementar de manera gradual la eficiencia y la gestión presupuestal institucional.	Porcentaje de cumplimiento de facturación programada en el servicio de hemodiálisis	95%	PORCENTAJE	120%	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se cumple con la meta estipulada de facturación propuesta, lo que se puede concluir es un servicio rentable en la institución
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en el inicio de diálisis	60	MINUTOS	57,78	SOBRESALIENTE	En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se cumple de acuerdo a lo propuesto se puede concluir que el inicio de la diálisis se está realizando de manera oportuna, lo que mejora el pronóstico de los pacientes y optimiza el uso de los servicios de salud.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de pacientes complicados en unidad renal	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	El porcentaje de pacientes complicados en la unidad renal es un indicador que refleja la proporción de pacientes que presentan complicaciones durante su tratamiento en la unidad renal, ya sea debido a la insuficiencia renal crónica o a problemas derivados del tratamiento de diálisis. Este indicador es relevante para evaluar la calidad de la atención en la unidad renal y la eficacia de los protocolos de manejo de los pacientes. En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, se cumple la meta lo que indica que la unidad renal está gestionando eficazmente los tratamientos y está minimizando las complicaciones.
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y	Porcentaje de incidentes ocurridos en pacientes que asisten a la unidad renal	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	El porcentaje de incidentes ocurridos en pacientes que asisten a la unidad renal es un indicador crucial para medir la seguridad y calidad de la atención brindada. En el periodo comprendido desde abril hasta diciembre del año 2024, la meta se cumple (con un porcentaje bajo de incidentes), esto refleja que



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño

Conmutador: 7333400

E-mail: hudn@hosdenar.gov.co

www.hosdenar.gov.co

	articulación del gobierno clínico.						la unidad renal está proporcionando una atención segura y efectiva, minimizando los riesgos para los pacientes.
SERVICIO TRANSFUSIONAL	1. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Porcentaje de reacciones adversas a la transfusión.	0,5%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	Las reacciones adversas a la transfusión de componentes sanguíneos presentan cumplimiento de la meta establecida. El éxito del indicador se consolida por la implementación y seguimiento continuo del programa de Hemovigilancia.
	2. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de hemocomponentes en el servicio de urgencias	60	MINUTOS	55	SOBRESALIENTE	La oportunidad de entrega de hemocomponentes sanguíneos en el servicio de urgencias se cumple teniendo en cuenta las estrategias implementadas para la captación de donantes y el seguimiento al programa de hemovigilancia.
	3. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de hemocomponentes en el servicio de quirófano	30	MINUTOS	28	SOBRESALIENTE	La oportunidad de entrega de hemocomponentes sanguíneos en el servicio se cumple teniendo en cuenta las estrategias implementadas para la captación de donantes y el seguimiento al programa de hemovigilancia.
	4. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de hemocomponentes en el servicio de hospitalización	120	MINUTOS	100	SOBRESALIENTE	La oportunidad de entrega de hemocomponentes sanguíneos en el servicio se cumple teniendo en cuenta las estrategias implementadas para la captación de donantes y el seguimiento al programa de hemovigilancia.



@hudnarino1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER448531



SA-CER448535



OS-CER448536



5. Minimizar los riesgos del proceso de atención desarrollando el modelo de gestión clínica institucional con liderazgo y articulación del gobierno clínico.	Oportunidad en la entrega de hemocomponentes en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos	120	MINUTOS	101	SOBRESALIENTE	La oportunidad de entrega de hemocomponentes sanguíneos en el servicio se cumple teniendo en cuenta las estrategias implementadas para la captación de donantes y el seguimiento al programa de hemovigilancia.
--	--	-----	---------	-----	---------------	---

EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

Análisis de los Resultados:

- **Imagenología:** La unidad ha demostrado un rendimiento sobresaliente en la identificación de estudios, la entrega de informes, y los tiempos de atención en las diversas pruebas como ecografías, tomografías, rayos X, etc. Los procesos están alineados con los protocolos de atención establecidos.
- **Laboratorio:** En este caso, también se observa un desempeño destacado, con un 100% de cumplimiento en los indicadores de calidad, como la toma adecuada de muestras, la correcta identificación de pacientes y la entrega de resultados sin error. Además, el tiempo para la toma de muestras y la recepción de exámenes se ha cumplido eficientemente.
- **Patología:** Los resultados muestran un alto nivel de calidad en los estudios patológicos, con una tasa de concordancia en el control de calidad excelente. El tiempo para la entrega de resultados para pacientes hospitalizados también es notablemente eficiente.
- **Rehabilitación:** con un indicador no cumplido y otro en aceptable se le debe colocar mucha atención y/o cambiar el plan de trabajo que están implementando
- **Nutrición:** tiene un indicador no cumplido, lo que indica que se debe colocar atención y cambiar de estrategias para poder cumplir este indicador.

3. Estrategias y Protocolos Implementados:

- Es evidente que se han implementado protocolos sólidos en cada área para garantizar la calidad y minimizar los riesgos, como el control de calidad por pares en patología y el control de calidad en el laboratorio.
- La articulación con los equipos médicos, como en los casos de los informes de imagenología, también ha sido fundamental para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

1. Mantenimiento y Mejora Continua:

- A pesar de los resultados sobresalientes, se recomienda mantener la evaluación continua de estos procesos, con énfasis en la retroalimentación del personal y la actualización de protocolos para ajustarse a nuevas normativas o tecnologías emergentes.
- Aunque las metas se han cumplido, la posibilidad de seguir mejorando los tiempos de respuesta en servicios de imagenología, especialmente para pruebas más complejas como resonancia magnética, debe ser explorada.

2. Capacitación y Actualización de Personal:

- Asegurarse de que todos los profesionales, especialmente en áreas como radiología y patología, continúen recibiendo capacitación para mantenerse al tanto de las mejores prácticas y los avances tecnológicos.
- La participación activa de los médicos radiólogos en las juntas médicas y el cumplimiento de los protocolos establecidos ha sido un factor clave en el cumplimiento de los indicadores. Por lo tanto, seguir fomentando esta colaboración es esencial.

3. Monitoreo de Procesos y Reducción de Costos Operativos:

- Si bien el cumplimiento de tiempos de entrega de resultados es sobresaliente, se debe realizar un análisis para determinar si existe la posibilidad de optimizar recursos sin comprometer la calidad del servicio.

- Considerar la implementación de nuevas tecnologías que agilicen los procesos, como sistemas de digitalización de informes en tiempo real, podría contribuir aún más a la mejora de la eficiencia.

4. Revisión de Tiempos de Respuesta en Exámenes Críticos:

- Aunque los tiempos de respuesta están dentro de las metas establecidas, para exámenes de alta complejidad (como resonancias magnéticas y tomografías), se recomienda realizar un análisis de los cuellos de botella que podrían existir en la cadena de atención para garantizar que los tiempos no aumenten en periodos de alta demanda.

5. Seguimiento de Calidad de Muestras y Resultados:

- En los casos donde se reporta la calidad de las muestras, se debe seguir con el enfoque preventivo y revisar periódicamente los insumos y protocolos para evitar que los índices de error se incrementen con el tiempo.

CONCLUSIONES

1. El Hospital Universitario Departamental de Nariño ha logrado una calificación global de cumplimiento del 94% en el Plan Operativo Anual Táctico (POAT), lo que refleja un desempeño sobresaliente en su operación, evidenciado en la medición de los indicadores. Este resultado destaca el firme compromiso del hospital con el cumplimiento de los objetivos institucionales, subrayando su eficiencia en la gestión de recursos, la atención de los pacientes y el cumplimiento de las normativas tanto institucionales como de salud.
2. De los 56 subprocesos evaluados, 47 alcanzaron un cumplimiento sobresaliente con un 100%, lo que refleja una gestión altamente eficiente y alineada con los objetivos organizacionales. Esta destacada tasa de cumplimiento evidencia que la prestación del servicio opera de manera óptima. Sin embargo, hay 9 subprocesos que no alcanzaron el objetivo del 90%, lo que requiere una atención especial. Es crucial desarrollar un plan de acción para mejorar su desempeño, asegurando que todos los macroprocesos contribuyan de manera efectiva al logro de los objetivos institucionales.
3. De los 214 indicadores evaluados, 5 fueron calificados como aceptables, 12 no se cumplieron y 197 alcanzaron el nivel de cumplimiento esperado. Este análisis refleja que, aunque la mayoría de los indicadores muestran un desempeño adecuado, existen áreas que requieren la implementación de acciones preventivas y/o correctivas para garantizar que todos los indicadores cumplan con los estándares establecidos.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda mantener y fortalecer las buenas prácticas y estrategias que han permitido alcanzar este nivel de desempeño, a fin de asegurar que los altos estándares se mantengan. Además, es aconsejable realizar un análisis profundo de las áreas que podrían requerir de mejoras, con el objetivo de

seguir optimizando los procesos y superar cualquier desafío que pueda surgir en futuras evaluaciones del POAT.

2. Es recomendable que se desarrollen e implementen estrategias específicas y planes de acción enfocados en los 9 subprocesos que no alcanzaron el objetivo esperado. Esto podría incluir una revisión detallada de los procedimientos actuales, la identificación de posibles oportunidades de mejora y la asignación de recursos adicionales si es necesario. Además, se sugiere monitorear constantemente el progreso de estos subprocesos para garantizar que se logre una mejora sostenida y se alcance el nivel de cumplimiento deseado.
3. Se recomienda que se realice un seguimiento detallado de los 12 indicadores no cumplidos, identificando las causas subyacentes y estableciendo planes de acción específicos para mejorar su desempeño. Además, es importante continuar monitoreando los indicadores aceptables para mantener su nivel de cumplimiento y evitar que se desvíen de los estándares establecidos.
4. Es esencial revisar y, en caso necesario, modificar la fórmula establecida en el Cuadro de Mando del POAT para evaluar los resultados del Plan Operativo Anual Táctico (POAT). Se ha identificado que los indicadores clasificados como "aceptables" carecen de un criterio claro para dicha valoración, lo que ha provocado que la calificación "aceptable" sea equivalente a la "sobresaliente". Se recomienda definir con precisión si se deben manejar únicamente dos criterios para las valoraciones, "sobresaliente" y "no cumplido", con el fin de realizar un análisis más objetivo y claro antes de presentar los resultados finales.

Atentamente,



OMAR ERNESTO CORDOBA SALAS

Asesor Oficina de Control Interno de Gestión

Proyectó: Diana Carolina Arboleda Márquez
Profesional Especializado OCIG