



**INFORME DE EVALUACIÓN
POR DEPENDENCIAS
VIGENCIA 2024**



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON - HUILA**

INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS-VIGENCIA 2024

**PROCESO
GESTIÓN DE LA MEJORA CONTÍNUA**

CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA
Gerente

PABLO LEON PUENTES QUESADA
Subdirección Científica

DIANA LUCIA MONTES CABRERA
Subdirección Administrativa

JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ
Asesor-Oficina de Control Interno

GARZON – HUILA



TABLA DE CONTENIDO

OBJETIVOS	4
NORMATIVIDAD	4
METODOLOGÍA	4
EVALUACIÓN ÁREAS GERENCIALES	6
DEBILIDADES DEPENDENCIAS GERENCIALES	
EVALUACIÓN ÁREAS ADMINISTRATIVAS	8
DEBILIDADES DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS	
EVALUACIÓN ÁREAS ASISTENCIALES	9
DEBILIDADES DEPENDENCIAS ASISTENCIALES	
RECOMENDACIONES	11



OBJETIVOS

Verificar el cumplimiento de los planes de acción para cada una de las unidades funcionales, áreas o dependencias de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila; dando cumplimiento a la ley 909 de 2004, artículo 39. “El jefe de control interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de ser tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.”

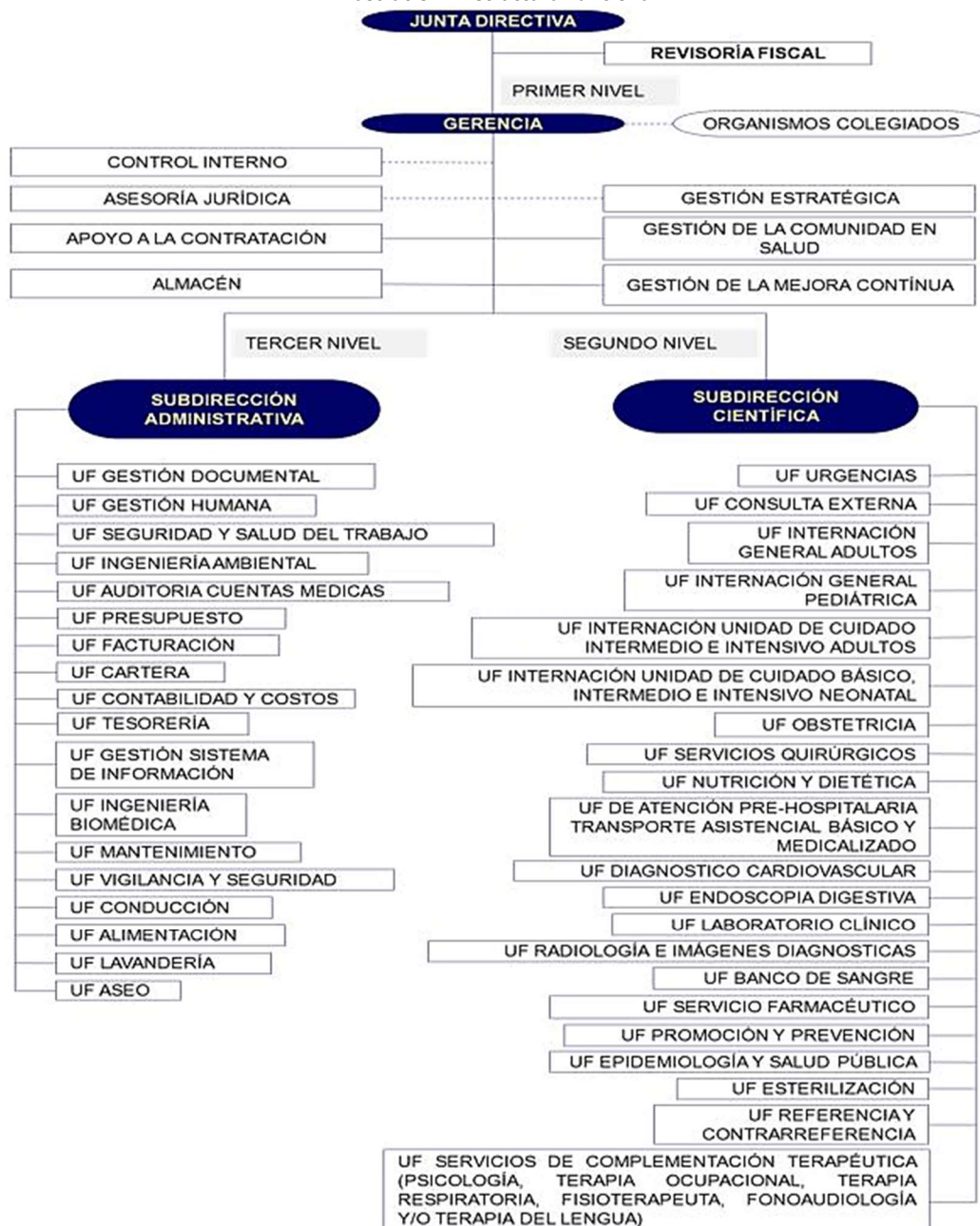
NORMATIVIDAD

- Ley 909 del 23 de septiembre de 2004, artículo 39. Obligación de evaluar. Los empleados que sean responsables de evaluar el desempeño laboral del personal, entre quienes, en todo caso, habrá un funcionario de libre nombramiento y remoción, deberán hacerlo siguiendo la metodología contenida en el instrumento y en los términos que señale el reglamento que para el efecto se expidan. El incumplimiento de este deber constituye falta grave y será sancionable disciplinariamente, sin perjuicio de que se cumpla con la obligación de evaluar y aplicar rigurosamente el procedimiento señalado. 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.
- Circular No. 04 de 2005, Consejo asesor del gobierno nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial “Con el fin de constituirse en fuente de información objetiva para la evaluación de los Acuerdos de Gestión de los empleados del nivel gerencial de que trata el Título VIII de la Ley 909 de 2004 y, de los de Carrera Administrativa, en atención a lo señalado en el inciso 2° del artículo 39 de la Ley 909 de 2004 y el artículo 52 del Decreto Reglamentario 1227 de 2005, las Oficinas de Control Interno o quienes hagan sus veces, deberán evaluar la gestión de cada dependencia de la Entidad de la cual forman parte.”

METODOLOGÍA

la Oficina de Control Interno a través de la dependencia de Planeación verifica el cumplimiento de todos los planes de acción de la ESE con su respectivo porcentaje de cumplimiento y calificación para la vigencia inmediatamente anterior en este caso la vigencia 2024, que se evalúa en el primer mes de la vigencia 2025.

Ilustración 1 Estructura Funcional



Fuente: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/quienes-somos/estructura-organizacional/>

Los criterios para la asignación de la calificación según el porcentaje de cumplimiento al plan de acción fueron los siguientes:

- **Cumplida Oportunamente.** Su calificación será 100% y reflejará el estado de cumplimiento total y oportuno de las actividades programadas, las cuales se identificarán como CO - Color Verde.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

- **Cumplida Extemporáneamente.** Su calificación será del 80% y reflejará el estado de cumplimiento total, pero inoportuno, de las actividades programadas, las cuales se identificarán como CE - Color Amarillo.
- **No Cumplida.** Su calificación será 0% reflejará que definitivamente no se logró con el objetivo de cumplimiento a las actividades programadas. Por ser evaluación final, no se calificarán cumplimientos parciales y la acción se retomará para la siguiente vigencia.

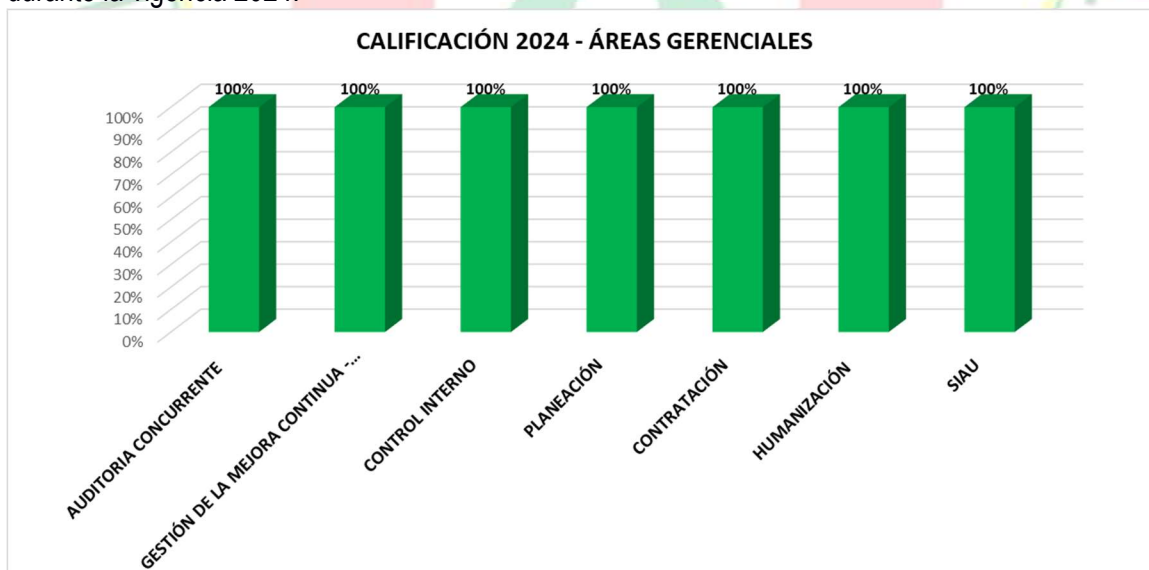
De acuerdo con esta valoración, la calificación final será la resultante de dividir la sumatoria de los porcentajes de cumplimiento entre el número total de actividades; la cual se clasificará dentro de los siguientes rangos:

COLOR	RANGO DE CALIFICACION	CALIFICACION DE LA GESTION
	90%-100%	EXCELENTE
	75%-89%	BUENA
	Menor a 74%	REGULAR

Fuente: Oficina de Control Interno 2025

EVALUACIÓN ÁREAS GERENCIALES

A continuación, se muestran las unidades funcionales que corresponden a la Gerencia en el plan de acción durante la vigencia 2024:



Fuente: Oficina de Control Interno 2025



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

DEPENDENCIAS - GERENCIALES	CALIFICACIÓN 2024	Actividad Mensual	Actividad Trimestral	Actividad Cuatrimestral	Actividad Semestral	Actividad Anual	TOTAL
AUDITORIA CONCURRENTE	100%	7					7
GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA - CALIDAD	100%	6			2	3	11
CONTROL INTERNO	100%		2	2	2	7	13
PLANEACIÓN	100%	1	1		2	3	7
CONTRATACIÓN	100%	3			1	1	5
HUMANIZACIÓN	100%	1	3		2	2	8
SIAU	100%	4	2		2	1	9
TOTAL ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	100%	22	8	2	11	17	60

Fuente: Oficina de Control Interno 2025

Dependencias Gerenciales: 7

Cumplimiento del 100%: Todos (Auditoría concurrente, gestión de mejora continua, control interno, planeación, contratación, humanización, SIAU)

Cumplimiento entre el 90% y 99%: Ninguno

Cumplimiento por debajo del 90%: Ninguno

Total, actividades: 60

Porcentaje de cumplimiento: 100%

DEBILIDADES DEPENDENCIAS GERENCIALES

No se encontraron debilidades en ninguna de las dependencias gerenciales, por cuanto el cumplimiento total obtuvo un porcentaje del 100%.

EVALUACIÓN ÁREAS ADMINISTRATIVAS

A continuación, se muestran las unidades funcionales que corresponden a la Subdirección Administrativa en el plan de acción durante la vigencia 2024:



Fuente: Oficina de Control Interno 2025.

DEPENDENCIAS - ADMINISTRATIVAS	CALIFICACIÓN 2023	Actividad Mensual	Actividad Bimensual	Actividad Trimestral	Actividad Cuatrimestral	Actividad Semestral	Actividad Anual	TOTAL
GESTION HUMANA/TALENTO HUMANO	100%	3		4		2	1	10
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%		7	3		3	10	23
FACTURACION	100%	1		2		3		6
CARTERA	100%	2		4		1	1	8
GESTION DE LA INFORMACION	94%				1	3	2	6
CONTABILIDAD Y COSTOS	100%	3		3		1	1	8
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	100%	4				1		5
INGENIERIA AMBIENTAL	100%	5		2		5	1	13
PRESUPUESTO	100%	2		1		1		4
GESTION DOCUMENTAL	100%	2		1		4	3	10
TESORERIA	100%	2		1		1	1	5
INGENIERIA BIOMEDICA	100%	4		2			1	7
MERCADEO	100%			2		3	2	7
TOTAL ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	99%	28	7	25	1	28	23	117

Fuente: Oficina de Control Interno 2025

Dependencias Administrativas: 13

Cumplimiento del 100%: 12 (Gestión humana, Seguridad y salud en el trabajo, facturación, cartera, contabilidad, auditoría de cuentas médicas, ingeniería ambiental, presupuesto, gestión documental, tesorería ingeniería biomédica, y mercadeo)

Pág. 8/11



Cumplimiento entre el 90% y 99%: 1 (Gestión de la información)

Cumplimiento por debajo del 90%: Ninguno

Total, actividades: 117

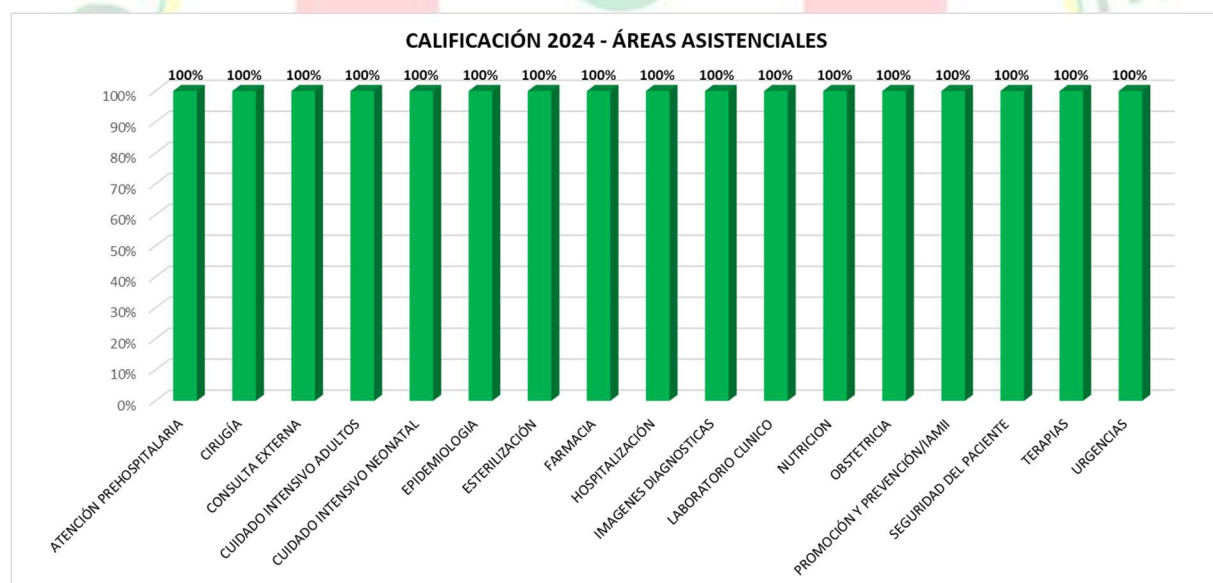
Porcentaje de cumplimiento: 99,27%

DEBILIDADES DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS

- **Sistemas de información:** Actividad 5 – Acta Comité de Gestión de la Gerencia de la Información (3 cuatrimestre).

EVALUACIÓN ÁREAS ASISTENCIALES

A continuación, se muestran las unidades funcionales que corresponden a la Subdirección Científica en el plan de acción durante la vigencia 2024:



Fuente: Oficina de Control Interno 2025



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5

DEPENDENCIAS - ASISTENCIALES	CALIFICACIÓN 2023	Actividad Mensual	Actividad Bimensual	Actividad Trimestral	Actividad Cuatrimestral	Actividad Semestral	Actividad Anual	TOTAL
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	100%	6				2		8
CIRUGÍA	100%	3		1		1		5
CONSULTA EXTERNA	100%	3		2		1		6
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	100%	3		4		1	1	9
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	100%			4		2		6
EPIDEMIOLOGIA	100%	7		6		1	3	17
ESTERILIZACIÓN	100%	2		2		1		5
FARMACIA	100%	3		1		2		6
HOSPITALIZACIÓN	100%	1		1		1	1	4
IMAGENES DIAGNOSTICAS	100%	5		2		1	1	9
LABORATORIO CLINICO	100%	1		1		3	1	6
NUTRICION	100%	2		2		1	1	6
OBSTETRICIA	100%	1		1		3	1	6
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN/IAMII	100%	6	2	1		1		10
SEGURIDAD DEL PACIENTE	100%	4				1	1	7
TERAPIAS	100%	2		3		1		6
URGENCIAS	100%	5				1		6
TOTAL ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	100%	54	2	31	1	24	10	122

Fuente: Oficina de Control Interno 2025

Dependencias Administrativas: 17

Cumplimiento del 100%: 17 (atención prehospitalaria, cirugía, consulta externa, UCIA, UCIN, epidemiología, esterilización, farmacia, hospitalización, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, nutrición, obstetricia, IAMII, seguridad del paciente, terapias y urgencias)

Cumplimiento entre el 90% y 99%: Ningunos.

Cumplimiento por debajo del 90%: Ningunos.

Total, actividades: 122

Porcentaje de cumplimiento: 100%

DEBILIDADES DEPENDENCIAS ASISTENCIALES

No se encontraron debilidades en ninguna de las dependencias asistenciales, por cuanto el cumplimiento total obtuvo un porcentaje del 100%.



RECOMENDACIONES

- Fomentar la participación de los líderes de las Unidades Funcionales en los diferentes comités tanto Clínico, y de Gestión y Desempeño Institucional para socializar los avances y novedades que se presenten durante el desarrollo a los planes de acción, de presentarse alguna dificultad que no permita el adecuado desarrollo de las actividades buscar alternativas tempranas para lograr los objetivos propuestos sin afectar los indicadores de cumplimiento, y así contribuir a la cultura del autocontrol, autogestión, y autorregulación.
- Los líderes o responsables de los procesos que deben realizar el cargue de evidencias de cada indicador en la ruta designada de la red institucional compartida Unidad://T, de manera oportuna y en caso de presentar alguna novedad informar a tiempo.
- Los líderes deben verificar que las evidencias correspondan al indicador que se está reportando, que los soportes como actas e informes estén en los formatos establecidos por la institución y se encuentren debidamente firmados y cargados en formato tipo PDF.
- Aquellas actividades que para su adecuado cumplimiento requiera la coordinación de 2 o más unidades funcionales o entes externos, priorizar su desarrollo durante el primer semestre de la vigencia y así evitar contratiempos.


JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ
Asesor de Control Interno