

**INFORME CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR
DEPENDENCIAS**

VIGENCIA 2019

OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITORES

Mónica Marcela Ulloa Maz
Lyda Rocio Manrique Garzón
Oscar Hernando Rojas Suarez
María Victoria Barrios Gómez
Lady Dahiana Tibaduisa Chaparro
Francisco Javier Pinto González
Gloria Mercedes López Piñeros
José Gregorio Bueno Hernández

PROYECTÓ Y ELABORÓ:

José Gregorio Bueno Hernández

REVISADO Y APROBADO POR:

OLGA LUCÍA VARGAS COBOS

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO - SDS

Bogotá D.C., febrero de 2020

SIGLAS

APP	Alianza Público Privada
CAPS:	Centro de Atención Prioritaria en Salud
CNSC:	Comisión Nacional del Servicio Civil
DAEPDSS:	Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
EAGAT:	Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica
EGD:	Evaluación de Gestión por Dependencias
DUES:	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
FFDS:	Fondo Financiero Distrital de Salud
MINSALUD:	Ministerio de Salud y Protección Social
OCI:	Oficina de Control Interno
PAA:	Plan Anual de Adquisiciones
POA:	Plan Operativo Anual
PPNA:	Población Pobre No Asegurada
RIAS:	Rutas Integrales de Atención en Salud
SDS:	Secretaría Distrital de Salud
SEGPLAN:	Seguimiento al Plan de Desarrollo
TIC:	Tecnologías de la Información y Comunicación

1. INTRODUCCIÓN

De conformidad con lo establecido en el artículo 9° de la Ley 87 de 1993, se le asigna a la Oficina de Control Interno – (OCI), asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas y objetivos previstos.

En cumplimiento del Decreto 1083 de 2015 “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública*”, en su numeral 2.2.21.4.9 Informes. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes... literal e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, y que, de acuerdo a éste, es un criterio a tener en cuenta para la evaluación de los empleados públicos, más no un requisito.

Como resultado de la aplicación de estas funciones, se realizó la Evaluación de Gestión por Dependencias y se compiló el siguiente informe mostrando los resultados de cada una de ellas.

1. OBJETIVO

Determinar el nivel de cumplimiento de las actividades programadas por las distintas dependencias y si los recursos asignados en la Secretaría Distrital de Salud, son ejecutados de acuerdo con lo previsto a través de los diferentes planes, programas y proyectos. Lo anterior con el propósito de que se cumpla con la normatividad aplicable y para que las Líneas Estratégica, Primera y Segunda cuenten con herramientas para la toma de decisiones con respecto al fortalecimiento y mejoramiento de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

2. ALCANCE

La evaluación se realizó a la totalidad de dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, teniendo como fecha de corte el 31 de diciembre del 2019, mediante la aplicación selectiva de muestras para la validación de evidencias en los instrumentos denominados Plan Operativo Anual – (POA) (soportes y productos), indicadores de Gestión de cada proceso y el reporte de seguimiento a los proyectos de inversión – (SEGPLAN), pasando por la evaluación y calificación de dicho ejercicio, hasta la compilación y publicación del presente informe.

3. MARCO LEGAL

3.1 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”

“Artículo 39. 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, (...).

3.2 Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de la Función Pública”

“Artículo 2.2.21.4.9 Informes. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación: e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004.”

3.3 Circular 004 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial

“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.

La Evaluación Institucional a que se refiere el presente lineamiento será anual y se efectuará respecto del año anterior durante el mes de enero de la siguiente vigencia (...).”

3.4 Lineamiento Evaluación Gestión por Dependencias Código: SDS-ESC-LN-001 V7.

4. CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo con el ordenamiento normativo, la Evaluación de Gestión por Dependencias (EGD) es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad respectiva. Se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas, útil para la valoración de la gestión que permite cerrar el ciclo de ejecución anual, tanto operativa como administrativa y de ejecución presupuestal.

Para el ejercicio de evaluación de la vigencia 2019, con base en los reportes de ejecución (POA) de gestión y de seguimiento a la inversión en SEGPLAN, publicados por las Direcciones de Planeación Institucional y Calidad y de Planeación Sectorial, respectivamente, así como de las evidencias reportadas por cada dependencia, se procedió por parte de la Oficina de Control Interno a realizar la Evaluación de Gestión por Dependencias.

Cada ejercicio de evaluación se realizó aplicando promedio aritmético simple a los reportes de cada Dirección dentro de una misma Subsecretaría, entre los valores obtenidos tanto en POA como en seguimiento a la inversión. En este último concepto se incluyeron los avances físicos y de ejecución presupuestal del (los) proyecto(s), meta(s) o actividad(es) en donde se involucra la dependencia. El valor de ejecución en cada Subsecretaría se obtiene del promedio simple de la calificación de cada una de las Direcciones que la conforman; asimismo, la del Despacho del Secretario de Salud, se obtiene del promedio simple de las calificaciones de las cuatro oficinas asesoras que tiene a cargo.

5. EVALUACIÓN

5.1 DESPACHO DEL SEÑOR SECRETARIO DE SALUD

Con base en el promedio obtenido por sus Oficinas Asesoras Jurídica, Comunicaciones, Control Interno y Asuntos Disciplinarios, consiguió la siguiente calificación:

Dependencia	Calificación
Jurídica	9,51
Comunicaciones	9,74
Control Interno	9,98
Asuntos Disciplinarios	9,7
Promedio	9,73

Comparado con el año inmediatamente anterior en el cual se consiguió una calificación de 9.89 a comparación de la vigencia 2019, decreció su puntuación en un 0.16, dejando para la presente vigencia las siguientes observaciones:

Oficina Asesora Jurídica

1. Teniendo en cuenta que los indicadores son un instrumento que facilita la evaluación de la gestión y los resultados, se hace necesario que al establecer las actividades a realizar por parte de Dirección se determinen indicadores de economía, eficiencia, eficacia, efectividad, economía, impacto etc., (de acuerdo a lo que se pretenda medir) con el fin de saber el estado de avance de su gestión, poder plantear acciones para mitigar los posibles riesgos y determinar si se lograron los objetivos propuestos.
2. La Oficina Asesora Jurídica debe gestionar aquellas necesidades de contratación que se hayan incluido en el Plan Anual de Adquisiciones, para que su ejecución presupuestal logre el 100%.
3. La Oficina debe fortalecer los controles para la oportuna actualización del SIPROJ WEB.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. La Oficina cuenta con un buen repositorio de información frente a la ejecución de las actividades del POA.

2. La Oficina cuenta con bases de datos completas (para procesos, conciliaciones, tutelas, radicados, etc...) que contribuyen a la trazabilidad de la solicitud, proceso, tutela y demás.
3. La Oficina cuenta con grupos encargados de tareas y funciones específicas.
4. Hay apropiación y disposición del personal.
5. Las acciones de tutela se encuentran debidamente organizadas en medio físico.
6. La Oficina cuenta con controles para su gestión, como son las bases de datos para acciones de tutela, incidentes de desacato, asesorías jurídicas, revisión de actos administrativos, defensa judicial y procesos penales, así como programas para radicación y seguimiento a tutelas y SIPROJ WEB.

Oficina Asesora de Comunicaciones

1. Es necesario que en el monitoreo de los planes de gestión se verifique el cumplimiento de la meta o se realice la reprogramación correspondiente.
2. Se recomienda al proceso organizar mejor las evidencias de las actividades realizadas en cumplimiento de las metas.
3. Se sugiere realizar un mejor seguimiento a los diseños de piezas de comunicación para mejorar la eficiencia del indicador "actividades para desarrollar las estrategias de comunicación de la entidad".

Como aspectos positivos se resalta que:

1. De acuerdo con la programación del POA se evidenció el compromiso por parte de la Oficina Asesora de Comunicaciones para el cumplimiento del mismo.
2. Las evidencias presentadas y suministradas fueron suficientes para la evaluación del POA.

Oficina Asesora de Asuntos Disciplinarios

1. Se encuentra digitalizado el total de los expedientes, lo cual facilita su consulta y asegura su integridad en caso de pérdida del expediente físico.

2. Tienen establecidos controles manuales y tecnológicos en las distintas actividades como mecanismos para mitigar los riesgos.
3. Se cuenta con las evidencias organizadas de la gestión realizada.
4. Hay apropiación y disposición del personal.

Oficina Asesora de Control Interno

1. Se cumplió satisfactoriamente con el plan anual de auditorías, sin embargo, se evidenciaron varios aplazamientos de las fechas programadas.
2. Durante la vigencia hubo movimientos del personal auditor lo que ocasionó el aplazamiento antes mencionado.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. A pesar que durante la vigencia tuvo una alta rotación del personal, ejecutó óptimamente el plan anual de auditoria, contando con variaciones en los tiempos.
2. La ejecución del POA y su ejecución presupuesta fue óptima, dejando en un 99% su ejecución física.

5.2 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Resultante del promedio obtenido por las Direcciones de Salud Colectiva y de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva, se generó la siguiente puntuación:

Dependencia	Calificación
Direcciones de Salud Colectiva	9,97
Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva	9,77
Promedio	9,87

Comparado con el año inmediatamente anterior en el cual se consiguió una calificación de 9.87 a comparación de la vigencia 2018, incremento su puntuación en un 0.03, dejando para la presente vigencia las siguientes observaciones:

Dirección de Salud Colectiva

1. Se recomienda al proceso ajustar los tiempos de recopilación de información para el reporte del POA y SEGPLAN para los cierres anuales.
2. Se recomienda al proceso seguir con el ejercicio de mejora continua, en donde se deben involucrar más a los directivos y al personal operativo, con el fin de que todas las líneas de defensa estén involucradas en la mejora continua del proceso.
3. Es importante realizar ejercicios de transferencia de información y gestión del conocimiento aplicado a todos los procesos, con el fin de garantizar que la experiencia adquirida para el desarrollo de los proyectos de inversión persista y se mejore de manera progresiva.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. Evaluada la dependencia, se evidencia una oportuna gestión frente a las actividades planteadas en el Plan Operativo Anual, dando como resultado que los avances corresponden a los periodos que se evaluaron, que no existieron reprogramaciones para la vigencia y que su equipo de trabajo mostró liderazgo frente a las responsabilidades asignadas.
2. Frente a la calidad de los productos, es importante resaltar que el proceso cuenta con controles efectivos para el aseguramiento de la información, los cuales permiten fiabilidad en el momento de su uso. Los puntos de control son eficientes y las bases de datos son aseguradas de manera controlada.
3. En la evaluación se evidenció organización frente a los lineamientos establecidos para su gestión y la información reportada es veraz y eficaz.

Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva

1. En la verificación de los indicadores de gestión, se evidencia que estos cumplen con la medición de las actividades programadas sobre las actividades ejecutadas, sin embargo, es importante que estos indicadores se diseñen como indicadores de impacto, sobre las estadísticas resultantes para la toma de decisiones de cada periodo.

- De igual manera se recomienda realizar ajustes a los procesos de ejecución presupuestal, contemplando que uno de los proyectos requirió de reprogramación y no se logró cumplir una de las metas de la vigencia 2019.

Como aspectos a tener en cuenta:

- De acuerdo con la revisión realizada, se encontró que el proceso genera las herramientas planificadas en los tiempos establecidos; se evidenció que algunos documentos no fueron actualizados por el tiempo destinado para esta actividad el cual fue aprovisionado de manera extemporánea a lo programado.
- Se revisó el cumplimiento de Plan Operativo Anual (POA) en el cual se obtuvo un resultado favorable para el proceso, dejando como cumplido el 99% del plan para la vigencia 2019, sin embargo, es importante que se ajusten los tiempos de planeación para la elaboración de documentos complejos pertenecientes al proceso y que son guía para la realización de productos y por ende son de alto impacto para el proceso.
- Se identificaron falencias de ejecución mínimas en los proyectos a cargo, inclusive un porcentaje de cumplimiento que es compartido con la dependencia de Planeación y Gestión Sectorial.

5.3 SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

Resultante del promedio logrado por las Direcciones de Urgencias y Emergencias en Salud, de Calidad de Servicios de Salud, de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud y de Provisión de Servicios de Salud se obtuvo el siguiente resultado:

Dependencia	Calificación
Urgencias y Emergencias en Salud	9,91
Calidad de Servicios de Salud	9,95
Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud	9,87
Provisión de Servicios de Salud	9,54
Promedio	9,82

Comparado con el año inmediatamente anterior en el cual se consiguió una calificación de 9.91 a comparación de la vigencia 2019, decreció su puntuación en un 0.09, dejando para la presente vigencia las siguientes observaciones:

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud

1. Con respecto a la formulación del POA es necesario revisar el planteamiento y correlación existente entre meta, indicador, actividades y el mecanismo de recopilación de la información para la medición del indicador y revisar cuales metas deben incluirse en el POA, ya que en varios casos se presentó similitud con lo programado en SEGPLAN.
2. Es importante que desde la segunda línea de defensa (Planeación Institucional y Calidad) se generen los lineamientos para que existan los controles necesarios en la recopilación de la información, claro ejemplo de ello es la Meta 2 del POA “Participar eficazmente del proceso de planeación, preparación y respuesta en situaciones de emergencias y desastres a nivel pre-hospitalario, hospitalario y comunitario” con respecto a este indicador a pesar de estar en 100% de cumplimiento refieren que se encuentra sobre-ejecutado porque las capacitaciones por la creación del SEM superaron lo programado y se realizaron más capacitaciones de las planeadas.
3. SEGPLAN: Al igual que en el plan operativo anual es importante revisar la construcción de los indicadores, la recopilación de la información para la medición, aunque la dirección muestra organización y adecuada recopilación de los soportes en la consolidación del SEGPLAN.
4. Los gerentes de proyecto como segunda línea de defensa deben garantizar que las mediciones de los indicadores cuenten con los controles suficientes que permitan asegurar la veracidad de la información.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. En lo relacionado con el Plan Operativo Anual la Dirección presentó un desempeño satisfactorio; sin embargo, es necesario establecer acciones que permitan un adecuado diseño de los indicadores y que ellos se encuentren correlacionados con las metas y actividades.
2. En relación con SEGPLAN se hace necesario replantear el indicador para el próximo plan de desarrollo, por lo antes enunciado.

Dirección de Calidad de Servicios de Salud

1. Con respecto a la formulación del POA es necesario revisar el planteamiento y correlación existente entre meta, indicador, actividades y el mecanismo de recopilación de la información, casos puntuales referidos en las Metas 1 “Cumplir con la programación de visitas de verificación de condiciones del Sistema Único de Habilitación para el 2019” y Meta 2 “Gestionar las solicitudes y trámites presentados en los términos establecidos para el 2019”.
2. SEGPLAN: Al igual que en el plan operativo anual es importante revisar la construcción de los indicadores, la recopilación de la información para la medición de ellos y tener en cuenta el cumplimiento normativo relacionado con las metas de habilitación de prestadores de servicios de salud.
3. Los gerentes de proyecto como parte de la segunda línea de defensa, deben garantizar que las mediciones de los indicadores cuenten con los controles suficientes que permitan asegurar la veracidad de la información.
4. Con relación a SEGPLAN, a pesar de un cumplimiento satisfactorio del indicador de donación de órganos y tejidos, no permite dar cumplimiento a lo planificado, contemplando que se encuentra en implementación y socialización la cultura de donación de órganos y tejidos en el Distrito; por lo tanto, se hace necesario replantear el indicador para el próximo plan de desarrollo.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. En lo relacionado con el Plan Operativo Anual, la Dirección presentó un desempeño satisfactorio sin embargo es necesario establecer acciones que permitan un adecuado diseño de los indicadores y que ellos se encuentren correlacionados con las metas y actividades.

Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

1. Es necesaria la revisión de las metas sobre-ejecutadas en el periodo y replantear estrategias para la recopilación de la información por ejemplo en el caso de la información de RIPS suministrada por la dirección de Planeación Sectorial ya que, esta se suministra en tiempo real, es decir en diciembre se reporta el mes de noviembre.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. De acuerdo con las evidencias aportadas, la gestión del Plan Operativo Anual y del SEGPLAN se encuentra acorde con lo programado, sin embargo, es necesario generar mecanismos para revisar las metas de aseguramiento de la población y ajustar el mecanismo de medición para que la meta no se presente sobre ejecutada.
2. En lo relacionado con el Plan Operativo Anual, la Dirección presentó un desempeño satisfactorio, se presentaron indicadores coherentes y bien formulados, con una recopilación de la información para la medición del indicador y unos controles sólidos y organizados.

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

1. POA: Revisión de las metas sobre ejecutadas o incumplidas en el periodo y replantear estrategias.
2. SEGPLAN: es importante revisar las metas (10 y 11) relacionadas con la destinación de recursos para Capital Salud.
3. En cuanto a SEGPLAN es necesario excluir las metas no relacionadas con la misionalidad de la Dirección, por ejemplo, la relacionada con la satisfacción de Capital Salud, ya que no es competencia de la SDS.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. En lo relacionado con el Plan Operativo Anual la Dirección presentó un desempeño satisfactorio, se presentaron unos indicadores coherentes bien formulados y con una recopilación de la información para la medición del indicador con unos controles sólidos y organizados, es considerado como una buena práctica replicable a otras direcciones. Importante revisar para la próxima vigencia analizar de manera juiciosa los indicadores relacionados con la donación y sangre.

5.4 SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA

Resultante del promedio de sus Direcciones de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad y de Servicio a la Ciudadanía se obtuvo el siguiente resultado:

Dependencia	Calificación
Direcciones de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad	9,95
Servicio a la Ciudadanía	9,84
Promedio	9,89

Comparado con el año inmediatamente anterior en el cual se consiguió una calificación de 9.87 a comparación de la vigencia 2019, incremento en su puntuación un 0.02, dejando para la presente vigencia las siguientes observaciones:

Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad

1. Se evidencia que el proceso cumple con lo estipulado y programado dentro de los planes de trabajo, sin embargo, se recomienda realizar su proceso de autoevaluación para identificar falencias de planeación y ejecución, con la aplicación de mejora continua.
2. Se recomienda a la dependencia de manera transversal con la Dirección de Planeación Institucional y Calidad verificar la metodología para el diseño de los indicadores, que permita medir de manera adecuada la gestión realizada.
3. Con relación al proyecto No. 1192 no se evidencian indicadores claros que permitan evaluar de manera eficiente las metas y actividades propuestas en cuanto al reporte de las ejecuciones físicas y financieras que se deben reportan en el correspondiente SEGPLAN de la dependencia.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. Una vez realizada la evaluación a Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, se evidencio que las actividades programadas fueron ejecutadas en su totalidad, lo cual fue verificado por medio de las evidencias aportadas por el proceso y teniendo en cuenta la verificación de los indicadores establecidos para cada una de las actividades con muestreo aleatorio por el alto volumen de información.

Dirección de Servicio a la Ciudadanía

1. Se debe optimizar la aplicación del principio de PLANEACIÓN, para que no se presenten reprogramaciones en los porcentajes de las actividades propuestas.
2. Se recomienda generar estrategias que permitan garantizar los controles de la primera línea de defensa de la entidad en la construcción de indicadores del proceso.
3. Durante el proceso de evaluación se observó que frente a la atención de ciudadanos la ejecución siempre es superior a lo proyectado, por lo que se sugiere análisis más detallado de los indicadores relacionados a atención al ciudadano, SDQS y SIDMA.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. Una vez realizada la evaluación por parte del OCI, se puede concluir que Dirección de Servicio a la Ciudadanía, aportó de manera eficiente las evidencias solicitadas, verificándose un alto cumplimiento en las actividades propuestas en el POA.

5.5 SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL

Como resultado del promedio simple de lo logrado por la Dirección de Planeación Sectorial, DAEPDSS y Dirección de Infraestructura y Tecnología, dio como resultado lo siguiente:

Dependencia	Calificación
Planeación Sectorial	9,94
DAEPDSS	9,81
Infraestructura y Tecnología	6,24
Promedio	8,66

Comparado con el año inmediatamente anterior en el cual se consiguió una calificación de 8.22 a comparación de la vigencia 2019, incremento en un 0.44 su puntuación, dejando para la presente vigencia las siguientes observaciones:

Dirección de Planeación Sectorial

1. Se debe fortalecer el proceso de elaboración de indicadores de gestión, ya que los actuales solo presentan información de gestión y no de impacto; así mismo se debe revisar y ajustar la formulación del indicador de la meta "A 31 de diciembre de 2019 el grupo de análisis de proyectos de la DPS ...", teniendo en cuenta que el actual no se encuentra articulado con la meta.
2. Se hace necesario elaborar las formulas a los indicadores de las Metas del POA.
3. Se recomienda fortalecer la herramienta de seguimiento a proyectos de Inversión (Matriz de monitoreo SEGPLAN), toda vez que la actual es compleja para el reporte de la información.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. El proceso tuvo un buen desempeño sobre las actividades propuestas por cada meta (POA), se evidenció una aplicación efectiva en las acciones realizadas para el cumplimiento de las actividades propuestas, el proceso cuenta con diversas herramientas y fuentes para recopilar información, las cuales deben ser utilizadas para la mejora continua.
2. La Dirección de Planeación Sectorial no cuenta con proyecto de inversión, los recursos de investigación de Gestión del conocimiento e innovación que es una actividad de la Dirección de Planeación Sectorial se coordinada directamente por la Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial a través del proyecto 1190 denominado "Investigación científica e innovación al servicio de la salud".

Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud

1. Se hace necesario fortalecer la trazabilidad y custodia documental con el fin de evitar retrasos y/o confusiones en el reporte de información; es importante que el proceso mantenga puntos de control para el manejo de la información que soporta la gestión del SEGPLAN, POA y medición del fortalecimiento de la gestión institucional.
2. Se debe fortalecer el proceso de elaboración de indicadores teniendo en cuenta que los actuales solo presentan información de gestión y no de impacto.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. El proceso tuvo un buen desempeño sobre las actividades propuestas por cada meta (POA y Proyecto de Inversión), se evidenció una aplicación efectiva en las acciones realizadas para el cumplimiento de las actividades propuestas, el proceso cuenta con diversas herramientas y fuentes para recopilar información, las cuales deben ser utilizadas para la mejora continua.

Infraestructura y Tecnología

1. En cuanto al POA el proceso tuvo un buen desempeño sobre las actividades propuestas en cada meta, en general se evidenció una aplicación efectiva en las acciones realizadas para el cumplimiento de las actividades propuestas; en cuanto al proyecto de Inversión 1191, de acuerdo a la documentación revisada se evidencia que no obstante a la no ejecución de actividades de obra se realizaron con el personal idóneo gestiones administrativas, técnicas y obtención de productos importantes para la continuidad y desarrollo de las demás etapas de los proyectos (obras e interventoría y dotación).
2. Se hace necesario fortalecer la trazabilidad y custodia documental con el fin de evitar retrasos y/o confusiones en el reporte de información, así mismo para la meta "Formular el piloto para el repositorio de información", se debe fortalecer la estructura de los documentos emitidos y elaborar los ensayos y/o pruebas necesarias con el ánimo de obtener un producto final solido que pueda generar un valor agregado en el día a día de las actividades, toda vez que el proceso cuenta con diversas herramientas y fuentes para emitir y recopilar información.
3. En cuanto al proyecto de Inversión 1191, de acuerdo a las evidencias revisadas es importante que se realice un mejoramiento en el ejercicio de la planeación de las metas y actividades toda vez que proyectos como (CAPS y Hospitales), los cuales conformaban el total de las metas no fueron priorizadas para su desarrollo situación que disminuyó notablemente la ejecución física; así mismo se debe fortalecer la estructura de los cronogramas por cada uno de los puntos de atención a ser intervenidos toda vez que se presentaron retrasos en la demás etapas de ejecución (obras, interventoría), ocasionando que las metas no fueran cumplidas en un 100%.
4. De otra parte, se debe fortalecer la estructura de los indicadores, teniendo en cuenta que en la actualidad estos no cuenta con un único criterio de

medición, la organización de los indicadores para la meta 1 a la 4 difiere de la organización de los indicadores de las metas 5 a la 8, por lo que podría presentarse dificultades en las mediciones totales; así mismo se debe elaborar las formulas a los indicadores de las metas 5 y 6.

- Finalmente fueron constituidas reservas fenecidas o posibles pasivos exigibles se debe gestionar oportunamente los tramites a que haya lugar con el ánimo de evitar traumatismos en las entregas de los productos o actividades así mismo es importante fortalecer las acciones (cronogramas) encaminadas a evitar en lo posible la constitución de nuevas reservas fenecidas.

5.6 SUBSECRETARÍA CORPORATIVA

Con base en los resultados obtenidos por las Direcciones de Gestión del Talento Humano, Administrativa, Financiera, TIC y Planeación Institucional y Calidad, se obtuvo el siguiente resultado:

Dependencia	Calificación
Gestión del Talento Humano	9,1
Administrativa	9,86
Financiera	9,72
TIC	9,58
Planeación Institucional y Calidad	9,85
Promedio	9,62

Comparado con el año inmediatamente anterior en el cual se consiguió una calificación de 9.61 a comparación de la vigencia 2019, incremento en un 0.01 su puntuación, dejando para la presente vigencia las siguientes observaciones:

Dirección de Gestión del Talento Humano

- Se sugiere realizar sesiones cada cuatrimestre por la dinámica de la dependencia y los diferentes temas que se trabajan resultado del POA. Como buena práctica la dirección TH debe conocer los avances periódicamente y así mismo en cada frente tomar decisiones en cuento a inconvenientes o problemáticas que pudieran surgir, es una de las responsabilidades de la Dirección.

2. La actividad 27, Mejora Continua de los Procesos. El plan de acción está en curso por lo tanto las acciones definidas no se han registrado en el aplicativo ISOLUCION. Nota: El plan se vio afectado en razón a la rotación de personal que ha presentado la dirección de TH.
3. Para dar cumplimiento al 100% de la actividad, se deben sumar esfuerzos a nivel grupal, es decir del personal de planta o en su defecto la contratación del personal de apoyo contratista para realizar la actividad en el corto plazo.
4. Es fundamental replantear los indicadores y con ello su formulación, ya que las actividades son producto de la necesidad de las áreas y se da por demanda, no es un tema que se planifica.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. Es importante precisar que existió alto compromiso de los profesionales al cumplimiento de cada actividad y con ello el apalancando al cumplimiento de las 8 metas definidas del POA.

A continuación, se justifica la calificación en algunas de las metas:

1. La actividad 4 en el cuarto trimestre no se pudo desarrollar debido a la falta de personal en ese momento. Meta2 calificación OCI:9
2. La actividad 13 el cual especifica el seguimiento realizado y el estado de cada acuerdo. De los 64 acuerdos, 3 no se cumplieron. Meta3 calificación OCI:9
3. La actividad 9 las actividades capacitación no ejecutadas se desarrollarán en el mes de marzo del 2020. Meta3 calificación OCI:9
4. La actividad 25 revisión por la dirección se realizó una única sesión en el tercer trimestre del 2019. Meta6 calificación OCI:9
5. La actividad 27 Mejora Continua de los Procesos. El plan de acción está en curso por lo tanto las acciones definidas no se encuentran registradas en el aplicativo ISOLUCION. Dicho plan se vio afectado en razón a la rotación de personal que ha presentado la dirección de TH. Meta 6 calificación OCI: 9.
6. La actividad 33 de la Meta 8 los referentes se encontraban ocupados por lo tanto el archivo de seguimiento fue enviado al auditor para que realiza los cálculos por su cuenta.

Dirección Administrativa

1. Se recomienda incluir los ajustes en el reporte de la vigencia para el POA y que este sea coherente con el cierre del sistema vigencia 2019
2. Se recomienda al proceso ajustar los tiempos de recopilación de información para el reporte del POA y SEGPLAN para los cierres anuales.
3. Se recomienda al proceso seguir con el ejercicio de mejora continua involucrando a los directivos y operativos.
4. Es importante realizar ejercicios de transferencia de información y Gestión del conocimiento aplicado a todos los procesos.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. Evaluada la dependencia, se evidencia una oportuna gestión de las actividades planteadas frente al Plan Operativo Anual, dando como resultado que los avances corresponden a los periodos que se evaluaron, que existieron reprogramaciones para la vigencia y se presentan oportunidades de mejora para el reporte de información y gestión de las mismas para ser cumplidas.
2. Frente a la calidad de los productos, es importante resaltar que el proceso cuenta con filtros, pero aun no son completamente seguros, los cuales deberían permitir fiabilidad en el momento de su uso.
3. En la evaluación se evidenció organización frente a los lineamientos establecidos bajo su gestión y la información reportada para la evaluación fue oportuna y su equipo de trabajo mostro liderazgo en cada aspecto a revisar.

Dirección Financiera

1. Presenta incumplimiento en los plazos establecidos para la generación de las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos y por ende, en la remisión de informes y seguimientos a los gerentes de proyecto porque se encuentran formuladas las actividades al mismo plazo de la generación de informes.
2. La generación de CDP y RP presenta un problema similar por cuanto se establece un plazo de 2 días hábiles para la expedición, sin tener en cuenta factores que afectan directamente su cumplimiento como disponibilidad de recurso humano, problemas tecnológicos con el Sistema de Información.

3. El proceso de conciliaciones bancarias y la depuración de partidas se ha mejorado sustancialmente, pero debe trabajarse en el tema de preparación y entrega de informes que reflejen la gestión realizada en estas actividades.
4. La percepción interna de la gestión en cobro coactivo y trámite de pagos es buena de acuerdo con los resultados de las encuestas.
5. En lo referente a la gestión del plan anual de adquisiciones que financia el recurso humano de la Dirección dentro del proyecto 7524, el comportamiento está dentro de lo normal con un margen del 95%. Se califica la ejecución física con base en valor programado y participación dentro del proyecto frente al total de contratos suscritos. La ejecución presupuestal corresponde a recursos apropiados / recursos ejecutados (Base: PAA 2019 aportado por Planeación Sectorial)
6. Es necesario que el grupo PRESUPUESTO evalúe y replantee los tiempos propuestos para realizar los trámites que requiere la entidad ya que no se cumplió el término de 7 días calendario en generación, análisis y envío de ejecuciones presupuestales. La formulación de las actividades y subactividades debe hacerse teniendo en cuenta recurso humano disponible y volumen de solicitudes.
7. Se debe replantear el término de la actividad relacionada con expedición y entrega de CDP y RP toda vez que no se pudo cumplir con el 95% de lo solicitado dentro de los 2 días hábiles siguientes a la solicitud como se propuso la dependencia.
8. Se recomienda que se realice evaluación de percepción del cliente interno y externo por lo menos uno (1) trimestral e incluir otros aspectos que podrían ser mejorados.
9. Especial cuidado con los porcentajes al efectuar las reprogramaciones de actividades para que no supere el porcentaje inicialmente programado sobre el 100% de actividades y que afecta los totales en las metas.

Dirección de Tecnología, informática y Comunicaciones

1. Se propone replantear los indicadores y con ello su formulación, ya que para el caso "requerimientos e incidentes" que son recibidos y tramitados por la mesa de servicio son generados por demanda o necesidad de las áreas, no es un tema que se planifica, esto mismo sucede con los "requerimientos de

software", se reciben, se tramiten y son generados por demanda o necesidad de las áreas, no es un tema que se planifica.

2. En lo referente al NORMOGRAMA se debe aunar esfuerzos del personal TIC para actualizar dicho inventario derivado de la obligación legal (Circular 016 del 2018), norma general MECI y en concordancia por lo ordenado por MIPG.

Como aspectos positivos se resalta que:

1. Se recibieron las evidencias que soportan la ejecución y el cumplimiento de cada una de las actividades formuladas.
2. Es importante precisar que existió alto compromiso de los profesionales al cumplimiento de cada actividad y con ello el apalancando al cumplimiento de las 6 metas definidas del POA, los profesionales designados reúnen el conocimiento suficiente para atender el ejercicio realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En resumen, se puede determinar que es posible mejorar el ejercicio de planeación operativa, el cual debe estar debidamente articulado con el direccionamiento estratégico para que permita la medición, análisis y toma de decisiones por parte de la alta dirección y de alguna manera asegurar el cumplimiento de la misión y visión institucional.

Recuento de gestión por dependencias:

Dependencia	Calificación
Despacho del Señor Secretario de Salud	9,73
Subsecretaría de Salud Pública	9,87
Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento	9,82
Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	9,89
Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial	8,66
Subsecretaría Corporativa	9,62
Promedio	9,6

La entidad cuenta con fortalezas institucionales que permiten gestionar adecuadamente los proyectos de inversión y se mantiene la tendencia encontrada en la evaluación 2018, evidenciándose mejora de la entidad en lo relacionado con

la cultura de la articulación entre la planeación estratégica y la planeación interna de los procesos (programación, evaluación y control) como parte del ciclo PHVA de calidad en la gestión; sin embargo, tiene grandes oportunidades para profundizar y mejorar en dicho propósito.

La entidad mantuvo la ponderación de actividades inscritas en los POA; sin embargo, aún tiene oportunidades de mejora en la revisión de sus indicadores, la programación de sus metas y niveles esperados en la gestión de estos, ya que se reprograman constantemente. Deben ser plasmados para que puedan ser confrontados contra parámetros que constituyan retos más ambiciosos en cuanto a valores agregados a la función sobre temas de salud, no generando una cifra de registro, sino un cumplimiento de la función misional de nuestra entidad.

En la ejecución de los proyectos de inversión se solicita realizar ajustes de choque, contemplando que se debe cumplir con las metas de ciudad; lo que requerirá para la vigencia actual el ajuste y reprogramación de actividades y gestión asertiva en ejecución física y presupuestal, sin dejar espacios para reprocesos en la gestión.

Es necesario que en la formulación del nuevo plan se incorporen en las metas y/o actividades, temas relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental institucional, contemplando que estas actividades están implícitas en la función natural de la entidad y deben ser visibles en estas evaluaciones.

Finalmente, y aunque esta evaluación normativamente ya no es utilizada para la calificación de desempeño de los funcionarios públicos, si se convierte en una fuente que puede ser tomada en cuenta en la valoración de los equipos de trabajo y en la proyección de los compromisos a concertar.



OLGA LUCÍA VARGAS COBOS

Anexo: Un (1) folio - Matriz Informe Cuantitativo Consolidado Evaluación Gestión por Dependencias.

Proyectó y Elaboró: J.G Bueno

Revisó: O.L. Vargas

Aprobó: O.L. Vargas