

INFORME A LA GESTIÓN POR DEPENDENCIA VIGENCIA 2025

Periodo Evaluado: 01/01/2025 - 31/12/2025

Fecha: 30/01/2026

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul del municipio de Santa Rosa de Cabal, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 909 de 2004 y el Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil en su Anexo Técnico, el cual establece que de forma adicional a las obligaciones previstas por la ley, a la Oficina de Control Interno le corresponde como actora que interviene en el proceso de evaluación del desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa, “dar a conocer a los evaluadores el resultado de la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias del año inmediatamente anterior, para que se tenga como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente período de evaluación”.

2. OBJETIVO

Dar a conocer a los evaluadores el resultado de la Evaluación de la Gestión por Dependencias del año 2025, para que se tenga como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente período de evaluación de los funcionarios a su cargo.

3. METODOLOGÍA

Para la realización de la evaluación a la gestión por dependencias, se tomó como insumo principal el tablero de seguimiento y control que realiza la jefe de la oficina de Planeación y sistemas de información, a la ejecución del plan operativo anual de la institución para la vigencia y cuyo desarrollo basó sus acciones en el marco del Plan de Desarrollo Institucional y el Plan de Acción, los cuales se encuentran enfocados en garantizar la continuidad en la prestación de los servicios esenciales de salud, el fortalecimiento de la gestión administrativa y financiera, y el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y de apoyo.

4. DESARROLLO

La Oficina de Control Interno presenta los resultados de la evaluación teniendo en cuenta el tablero en mención y los objetivos estratégicos a los cuales las diferentes dependencias deben orientar las acciones de sus planes, programas y proyectos con el fin de mejorar el desempeño institucional y cumplir con los resultados planeados con el propósito principal de “garantizar la continuidad en la prestación de los servicios esenciales de salud, el fortalecimiento de la gestión administrativa y financiera, y el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y de apoyo”:

Resumen de los resultados por Programa Vs línea base

Programa	Línea Base	Resultado	Presupuesto
Auditoria para la calidad y Ruta hacia la acreditación	80%	86%	\$ -
Cuidado integral en salud	91%	56%	\$ 1.407.491.593
Excelencia operativa	86%	89%	\$ 3.992.946.951
Gestión del riesgo	58%	93%	\$ 137.082.333
Hospitales verdes	91%	93%	\$ 736.024.242
Participación ciudadana	54%	92%	\$ 132.710.079
Planeación estratégica	69%	92%	\$ 12.521.690
Salud para todos	73%	77%	\$ 11.990.526.114
Transformación digital y evolución tecnológica	70%	94%	\$ 436.992.044
Viabilidad financiera	98%	82%	\$ 7.360.213.279
			\$ 26.206.508.325

RESUMEN POR PROGRAMA CON ACTIVIDADES CON RESULTADO INFERIOR A LA META

Auditoria para la calidad y Ruta hacia la acreditación

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LÍNEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE	ÁREA DE PROCESO
Implementar el programa institucional de humanización	90%	% cumplimiento	87%	88%	Lider de Calidad	Calidad
Implementar acciones del programa hospital seguro	90%	% cumplimiento	87%	88%	Lider de Calidad	Calidad

Cuidado integral en salud

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LÍNEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE	ÁREA DE PROCESO
Mejorar los tiempos de triage conforme a la normatividad vigente	30	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	27.16	28.6	Jefe de Urgencias y Hospitalización	Urgencias y Hospitalización
Implementar estrategias de humanización en la atención hospitalaria	90%	% cumplimiento protocolo humanización	87%	88%	Jefe de Urgencias y Hospitalización	Urgencias y Hospitalización
Control y Seguimiento a Pacientes que Reingresan al Servicio de Urgencias (antes de 72 horas y 15 días) con el Mismo Diagnóstico de Egreso	3%	Tasa de reingresos a urgencias con el mismo diagnóstico	0%	1%	Jefe de Urgencias y Hospitalización	Urgencias y Hospitalización
Realizar seguimiento a reingresos hospitalarios de pacientes en un periodo menor o igual a 15 días	3%	Tasa de reingresos hospitalarios	0%	0%	Jefe de Urgencias y Hospitalización	Urgencias y Hospitalización

Excelencia operativa

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCES
Socializar la política institucional de prevención del comportamiento agresivo al personal	1	Número de socializaciones realizadas	0	0	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Elaborar y ejecutar el Plan de Mantenimiento Hospitalario	75%	% cumplimiento del plan de mantenimiento	70%	51%	Coordinador de Mantenimiento	Mantenimiento
Gestionar baja y disposición final de equipos biomédicos	90%	% equipos dados de baja correctamente	0%	0%	Ingeniero Biomedico	Mantenimiento
Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación basado en las necesidades institucionales	98%	% de ejecución del PIC	96%	74%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Evaluar el cumplimiento de la matriz de evaluación GETH (Gestión del Talento Humano) para el personal de planta, contratistas y empresas temporales, asegurando que se cumplan los indicadores de desempeño y normativas laborales.	90%	% cumplimiento matriz GETH	61%	61%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano

Gestión del Riesgo

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCES
Validar calidad de datos institucionales	90%	% calidad datos	80%	80%	Estadística	Planeación y sistemas de

Hospitales verdes

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCES
Implementar prácticas de construcción y mantenimiento sostenible en los edificios de la institución, enfocándose en la reducción de riesgos sanitarios y ambientales. Esto se logrará a través del cumplimiento de normativas vigentes, la implementación de tecnologías limpias, el uso de materiales ecológicos.	50%	Índice de sostenibilidad ambiental en las instalaciones.	0%	0%	Lider Ambiental	Gestion Ambiental

Participación Ciudadana

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCES
Implementar y realizar seguimiento al cumplimiento de la Política de Tratamiento de Datos Personales en el manejo de PQRS, encuestas, bases de datos y comunicaciones institucionales, incluyendo la actualización de autorizaciones y mecanismos de protección de la información	90%	% de cumplimiento en la implementación de la política de datos personales	0%	0%	Trabajadora Social	Consulta Externa

Planeación Estratégica

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCES
Coordinar el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	4	Número de comités realizados	0	0	Jefe de Planeacion	Planeación y Sistemas de información

Salud para todos

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCES
Realizar seguimiento al cumplimiento de indicadores de las rutas a través de los sistemas de información	70%	% cumplimiento indicadores	66.20%	48.40%	Sistemas de Informacion	Consulta Externa
Implementar la estrategia conoce tu riesgo en salas de espera previas a la valoración medica	30%	Proporcion de personas de personas segun riesgo cardio metabolico	33.33%	27.18%	Ruta Cardio Vascular	Consulta Externa
Seguimiento a la Oportunidad de Asignación de Citas	3	Tiempo promedio de asignación de citas	2.34	2	Consulta Externa	Consulta Externa

Transformación digital y evolución tecnológica

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCES
Digitalizar documentos institucionales	10%	% documentos digitalizados	0%	5%	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo	Gestion documental y Archivo

Viabilidad Financiera

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCES
Gestionar el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo	1	Punto equilibrio presupuestal alcanzado	0.95	0.98	Lider de presupuesto	Administrativa y financiera
Realizar seguimiento al monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o por concepto de contratación de servicios	90%	% recaudo cartera	90%	85%	Lider de Cartera	Administrativa y financiera

RESULTADO TOTAL POR AREAS

ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCESO
Garantizar el cumplimiento oportuno del reporte Decreto 2193 de 2004	100%	% reportes presentados oportunamente	100%	100%	Jefe financiera y administrativa	Administrativa y financiera
Presentar de manera oportuna la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular única expedida por la Superintendencias Nacional de Salud o la norma que la sustituya	100%	% reportes presentados	90%	100%	Jefe financiera y administrativa	Administrativa y financiera
Implementar un proceso eficiente y transparente para la adquisición, garantizando la calidad, disponibilidad y el cumplimiento de las normativas vigentes.	100%	% procesos realizados conforme al procedimiento	100%	100%	Comite de compras	Administrativa y financiera
Implementar el programa de gestión de costos institucional	100%	Programa implementado	100%	100%	Tecnica de costos	Administrativa y financiera
Seguimientos realizados a las causas y oportunidad de respuesta de glosas.	100%	% glosas gestionadas	100%	100%	Lider de mercadeo	Administrativa y financiera
Realizar seguimiento a la deuda institucional	100%	% seguimiento realizado	100%	100%	Lider de Cartera	Administrativa y financiera
Gestionar el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo	1	Punto equilibrio presupuestal alcanzado	0.95	0.98	Lider de presupuesto	Administrativa y financiera
Garantizar la radicación oportuna de cuentas	100%	% cuentas radicadas oportunamente	99%	100%	Lider de mercadeo	Administrativa y financiera
Controlar la evolución del gasto	1.00	Punto equilibrio presupuestal alcanzado con el reconocido	1.21	1.26	Jefe financiera y administrativa	Administrativa y financiera
Implementar los subsistemas de riesgos	95%	% implementación	95%	95%	Jefe financiera y administrativa	Administrativa y financiera
Realizar seguimiento al monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o por concepto de contratación de servicios	90%	% recaudo cartera	90%	85%	Lider de Cartera	Administrativa y financiera

DEFENSA JURIDICA

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE
Realizar la defensa judicial de la institución en procesos jurídicos (acciones constitucionales, demandas, tutelas, entre otros)	90%	% de procesos judiciales atendidos oportunamente	90%	100%	Juridico de la institucion
Realizar seguimiento permanente a los procesos judiciales	4	Numero de seguimientos a los procesos judiciales atendidos	4	4	Juridico de la institucion
Prevenir el daño antijurídico mediante análisis de demandas	4	Número de informes de prevención elaborados	4	4	Juridico de la institucion

TALENTO HUMANO

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE	AREA DE PROCES
Actualización y socialización del Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Anual de Vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos	100%	% de cumplimiento en la actualización y socialización del plan	100%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación basado en las necesidades institucionales	98%	% de ejecución del PIC	96%	74%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Ejecutar el Plan de Bienestar Social e Incentivos	100%	Cumplimiento con el Programa de Bienestar Social e Incentivos (planta)	100%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Realizar un seguimiento continuo del desempeño del personal, tanto de planta como temporal, en función de las normativas y estándares establecidos, con el fin de mejorar continuamente la calidad del trabajo y el cumplimiento normativo.	100%	% de empleados evaluados	98%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Actualizar el Plan de Previsión de Recursos Humanos	100%	% de actualización del plan	100%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Implementar y socializar las estrategias de Talento Humano en el marco de MIPG	98%	% cumplimiento de acciones	96%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Revisión, actualización y Seguimiento de políticas internas de gestión de talento	50%	Número de políticas actualizadas	0%	50%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Implementar la carga y gestión de la información del personal en el Sistema de Información de Gestión del Empleo Público (SIGEP), asegurando que todos los datos cumplan con los estándares normativos requeridos.	90%	% información actualizada	87%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Evaluar el cumplimiento de la matriz de evaluación GETH (Gestión del Talento Humano) para el personal de planta, contratistas y empresas temporales, asegurando que se cumplan los indicadores de desempeño y normativas laborales.	90%	% cumplimiento matriz GETH	61%	61%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Aplicar encuesta de clima organizacional y ejecutar acciones de mejora según resultados	100%	% de medición de clima organizacional realizada	100%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Ejecutar y realizar seguimiento a las actividades del Plan de Integridad institucional	59%	% de ejecución del Plan de Integridad	0%	70%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Ejecutar estrategias de fortalecimiento de la cultura organizacional alineadas a los valores institucionales	100%	Numero de estrategias	100%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano
Verificar el cumplimiento de requisitos de contratación, hojas de vida, certificaciones y documentación del personal	100%	% de cumplimiento de requisitos del personal	100%	100%	Coordinador de Talento Humano	Talento Humano

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSIBLE	AREA DE PROCESOS
Fortalecer la participación del COPASST y COCOLA mediante la realización de reuniones periódicas, seguimiento a compromisos y promoción de la seguridad y salud en el trabajo con participación de personal de planta, contratistas y terceros	100%	Porcentaje de reuniones ejecutadas del COPASST y COCOLA frente a las programadas	100%	100%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar seguimiento al Riesgo Psicosocial, incluyendo la evaluación, intervención y monitoreo de los factores de riesgo en personal de planta, contratistas y personal en misión	70%	Porcentaje de ejecución del de Riesgo Psicosocial	70%	75%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Implementar, evaluar y realizar seguimiento al cumplimiento de los estándares mínimos del SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019	90%	Porcentaje de cumplimiento de los estándares mínimos del SG-SST	90%	95%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar inspecciones de seguridad en las áreas de la institución	100%	Número de inspecciones realizadas / Número de inspecciones programadas	100%	100%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar investigación de accidentes de trabajo y seguimiento a las acciones de mejora	100%	Número de accidentes investigados / Número de accidentes reportados	100%	100%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar seguimiento a los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y retiro	100%	Número de trabajadores con exámenes ocupacionales vigentes / Total trabajadores	100%	100%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar seguimiento al cumplimiento del plan anual de trabajo del SG-SST	100%	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas	100%	100%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar jornadas de sensibilización sobre prevención del consumo de alcohol, tabaco y SPA	1	Número de jornadas realizadas	1	1	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Incluir la prevención del consumo de SPA en el programa de capacitación anual SST	4	Número de capacitaciones ejecutadas	4	4	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar seguimiento y control a casos identificados de consumo de SPA en el entorno laboral	10	Número de seguimientos realizados	0	12	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar Campaña sobre prevención del acoso laboral y sexual	1	Número de campañas realizadas	0	6	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar campañas de promoción de la sana convivencia laboral	1	Número de campañas realizadas	1	1	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar seguimiento a los casos reportados al Comité de Convivencia Laboral	100%	Número de casos gestionados / Número de casos reportados	100%	100%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Implementar el Plan Estratégico de Seguridad Vial institucional	60%	Plan implementado	50%	100%	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar campañas en seguridad vial dirigidas a conductores y personal	4	Número de campañas realizadas	3	6	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar seguimiento a conductores, vehículos y cumplimiento de requisitos legales	1	Número de seguimientos realizados	0	4	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Socializar la política institucional de prevención del comportamiento agresivo al personal	1	Número de socializaciones realizadas	0	0	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Capacitar al personal en manejo de usuarios agresivos y desescalamiento de conflictos	3	Número de capacitaciones realizadas	2	3	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Identificar áreas críticas con mayor riesgo de agresión y establecer medidas preventivas	2	Número de evaluaciones realizadas	2	2	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Realizar registro, análisis y seguimiento a incidentes de comportamiento agresivo	1	Número de eventos gestionados	1	1	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Implementar medidas preventivas en áreas de alto riesgo (señalización, rutas de evacuación, protocolos)	6	Número de medidas implementadas	6	8	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
Desarrollar campañas institucionales de promoción del trato digno y humanización	2	Número de campañas realizadas	2	2	Lider de SST	Seguridad y Salud en el Trabajo

AREA ASISTENCIAL

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE
Auditar la adherencia a las guías de práctica clínica de las principales causas de consulta institucional.	90%	Porcentaje de cumplimiento de la guía de práctica clínica	87%	95%	Auditor medico
Realizar seguimiento desde auditoría médica a la correcta utilización de medicamentos, insumos y ayudas diagnósticas.	95%	Porcentaje de cumplimiento en uso adecuado de medicamentos e insumos	94%	100%	Auditor medico
Auditar el diligenciamiento, pertinencia y calidad de las historias clínicas.	80%	% cumplimiento calidad historia clínica	80%	87%	Auditor medico
Evaluar la pertinencia de consultas, exámenes y tratamientos.	90%	% pertinencia	90%	90%	Auditor medico

URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE
Mejorar los tiempos de triage conforme a la normatividad vigente	30	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	27.16	28.6	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion
Funcionamiento de Referencia y Contrarreferencia 24 Horas	90%	% referencias gestionadas oportunamente	85%	90%	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion
Garantizar la disponibilidad y funcionamiento de ambulancias	75%	% disponibilidad ambulancias	100%	75%	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion
Implementar estrategias de humanización en la atención hospitalaria	90%	% cumplimiento protocolo humanización	87%	88%	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion
Estrategias para Parto Humanizado y Mejoramiento de Identificación de Riesgo Obstétrico	100%	% cumplimiento protocolo	100%	100%	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion
Implementar paquetes instruccionales de seguridad del paciente	90%	% cumplimiento protocolos	88%	90%	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion
Control y Seguimiento a Pacientes que Reingresan al Servicio de Urgencias (antes de 72 horas y 15 días) con el Mismo Diagnóstico de Egreso	3%	Tasa de reingresos a urgencias con el mismo diagnóstico	0%	1%	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion
Realizar seguimiento a reingresos hospitalarios de pacientes en un periodo menor o igual a 15 días	3%	Tasa de reingresos hospitalarios	0%	0%	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion
Implementar y verificar el cumplimiento del protocolo institucional de identificación segura del paciente	95%	Porcentaje de cumplimiento del protocolo de identificación del paciente	90%	95%	Jefe de Urgencias y Hospitalizacion

CONSULTA EXTERNA

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE	AREA DE PROCES
Ejecutar las actividades programadas en el SIAU	90%	% cumplimiento plan SIAU	90%	95%	Trabajadora Social	Consulta Externa
Garantizar la atención con enfoque diferencial	40%	% de implementacion del modelo de atencion	40%	40%	Trabajadora social	Consulta Externa
Aplicar encuestas de satisfacción	80%	Nivel satisfacción usuario	80%	83%	Trabajadora Social	Consulta Externa
Elaborar informes periódicos de PQRS	4	Informes realizados	3	4	Trabajadora Social	Consulta Externa
Publicar información institucional en medios oficiales	95%	% información publicada	90%	95%	Trabajadora Social	Consulta Externa
Divulgar derechos y deberes	90%	% usuarios informados	90%	95%	Trabajadora Social	Consulta Externa
Ejecutar y realizar seguimiento al Plan de Participación Social en Salud institucional	90%	% de ejecución del Plan de Participación Social	80%	90%	Trabajadora Social	Consulta Externa
Realizar reuniones y actividades con la Asociación de Usuarios y promover los mecanismos de participación ciudadana	4	Número de actividades de participación realizadas	0	6	Trabajadora Social	Consulta Externa
Implementar y realizar seguimiento al cumplimiento de la Política de Tratamiento de Datos Personales en el manejo de PQRS, encuestas, bases de datos y comunicaciones institucionales, incluyendo la actualización de autorizaciones y mecanismos de protección de la información	90%	% de cumplimiento en la implementación de la política de datos personales	0%	0%	Trabajadora Social	Consulta Externa
Realizar seguimiento al cumplimiento de indicadores de las rutas a través de los sistemas de información	70%	% cumplimiento indicadores	66.20%	48.40%	Sistemas de Informacion	Consulta Externa
Realizar seguimiento a la demanda inducida de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, asegurando la captación y atención oportuna de los usuarios priorizados según las Rutas Integrales de Atención en Salud	84%	Covertura de demanda inducida	83.52%	84.93%	Sistemas de Informacion	Consulta Externa
Implementar estrategias para aumentar la atención por especialistas	60%	% incremento consultas especializadas	56.00%	65.00%	Consulta Externa	Consulta Externa
Implementar la estrategia conoce tu riesgo en salas de espera previas a la valoracion medica	30%	Proporcion de personas de personas segun riesgo cardio metabolico	33.33%	27.18%	Ruta Cardio Vascular	Consulta Externa
Garantizar el cumplimiento de indicadores por curso de vida	30%	% de niñas y niños con adecuado estado nutricional	0.00%	33.77%	Ruta Crecimiento y Desarrollo	Consulta Externa
Implementar estrategias de acceso a citologías	10%	% de incremento en las citologias realizadas	10.00%	30.00%	Ruta Cancer	Consulta Externa
Realizar campañas de detección temprana	4	Número campañas realizadas	3	4	Ruta Cancer	Consulta Externa
Seguimiento a Mujeres Gestantes con Valoración Médica e Inscripción en Control Prenatal Antes de la Semana 12	80%	Porcentaje de mujeres gestantes inscritas antes de la semana 10	91.00%	93.00%	Ruta Materna	Consulta Externa
Seguimiento a la Oportunidad de Asignación de Citas	3	Tiempo promedio de asignación de citas	2.34	2	Consulta Externa	Consulta Externa
Implementar estrategias para mejorar la producción	10%	% incremento producción	28.80%	36.50%	Consulta Externa	Consulta Externa
Aumentar el Acceso a Servicios de Salud y Mejorar la Calidad en la Atención	3	Número Estrategias implementados	3	4	Consulta Externa	Consulta Externa
Adecuar y mejorar de salas y consultorios para mejorar la atencion humanizada	2	No de Consultorios y Salas adecuados	1	4	Consulta Externa	Consulta Externa
Renovar dotación médica según necesidades	20%	% dotación renovada	10.00%	42.00%	Consulta Externa	Consulta Externa

PLANEACION Y SISTEMAS DE INFORMACION

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE
Garantizar la eficiencia, calidad y control en la gestión institucional	90%	% de procesos estandarizados	90%	90%	Jefe de Planeacion
Actualizar el manual de políticas institucionales alineado a MIPG y acreditación	64%	% de políticas actualizadas	64%	64%	Jefe de Planeacion
Ejecutar el Plan de Desarrollo Institucional	90%	% de cumplimiento del plan	75%	90%	Jefe de Planeacion
Definir el direccionamiento estratégico institucional	1	Plan formulado y aprobado	1	1	Jefe de Planeacion
Realizar seguimiento a indicadores y estandares de gestion	3	Resultado de la evaluacion de indicadores y estadares de geston	3.7	4.05	Jefe de Planeacion
Coordinar la formulación y seguimiento de planes institucionales (PIC, PAMEC, SST, Ambiental, etc.)	95%	% de planes	88%	96%	Jefe de Planeacion
Realizar rendición de cuentas institucional	1	Número de rendiciones realizadas	1	1	Jefe de Planeacion
Coordinar el reporte de información a entes de control	90%	% de reportes presentados	90%	100%	Jefe de Planeacion
Formular y hacer seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	90%	% cumplimiento del plan	90%	90%	Jefe de Planeacion
Coordinar el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	4	Número de comités realizados	0	0	Jefe de Planeacion
Identificar, revisar y racionalizar los trámites y procedimientos administrativos institucionales, eliminando duplicidades y simplificando requisitos	80%	% de trámites revisados y racionalizados	80%	80%	Jefe de Planeacion
Diseñar e implementar la automatización o digitalización de los trámites priorizados, integrándolos a los sistemas de información institucionales	1	Número de trámites automatizados	0	1	Jefe de Planeacion
Analizar la información de RIPS y socializar informes	4	Número de informes de RIPS presentados a la Junta Directiva	4	4	Estadística
Documentar el Plan Estadístico Institucional	1	Plan documentado	1	1	Estadística
Realizar seguimiento al PETI	80%	% cumplimiento PETI	80%	80%	Sistemas
Realizar seguimiento al Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	50%	% cumplimiento plan	40%	50%	Sistemas
Implementar el Programa de Transformación Digital	50%	% implementación	40%	50%	Sistemas
Realizar copias de seguridad (backup)	90%	% backups realizados	90%	90%	Sistemas
Gestionar usuarios y accesos a sistemas	80%	% accesos controlados	80%	80%	Sistemas
Mantener actualizada la página web institucional	80%	% cumplimiento	70%	80%	Sistemas
Garantizar la actualización del sistema de información hospitalario con la normatividad vigente	100%	% cumplimiento	95%	100%	Sistemas
Realizar mantenimiento de sistemas	80%	% mantenimientos realizados	80%	80%	Sistemas
Reportar información a SISPRO	100%	% reportes enviados	90%	100%	Sistemas
Validar calidad de datos institucionales	90%	% calidad datos	80%	80%	Estadística
Construir y actualizar el perfil epidemiológico institucional	1	Perfil epidemiológico institucional elaborado y actualizado	1	1	Estadística
Realizar el Plan Institucional de Comunicaciones	1	Plan de comunicaciones elaborado	0	1	Comunicadora
Fortalecer los canales de atención al usuario	1	Número de canales implementados o mejorados	1	1	Jefe de planeacion y sistemas de informacion
Ejecutar la estrategia de rendición de cuentas	1	Número rendiciones realizadas	1	1	Jefe de planeacion y sistemas de

GESTION AMBIENTAL

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE
Implementar PGIRASA	90%	PGIRASA implementado	90%	90%	Lider Ambiental
Realizar seguimiento y control al gestor externo de residuos hospitalarios, verificando la recolección, transporte, tratamiento y disposición final conforme a la normatividad vigente	1	Número de seguimientos realizados al gestor externo de residuos	1	1	Lider Ambiental
Realizar y presentar los reportes ambientales requeridos por la autoridad ambiental competente, conforme a la normatividad vigente	2	Número de reportes ambientales presentados dentro de los plazos establecidos	2	2	Lider Ambiental
Identificar, evaluar y controlar los riesgos ambientales institucionales mediante la implementación de medidas de prevención, seguimiento y control	100%	Porcentaje de riesgos ambientales identificados y controlados	100%	100%	Lider Ambiental
Realizar seguimiento, análisis y reporte periódico de los indicadores de gestión ambiental definidos por la institución	6	Número de seguimientos realizados a los indicadores ambientales	6	6	Lider Ambiental
Implementar prácticas para la correcta segregación, manejo y disposición de los residuos, especialmente los biológicos y químicos, garantizando su tratamiento y eliminación de manera segura y conforme con la normativa ambiental vigente.	100%	% de residuos hospitalarios gestionados correctamente	80%	100%	Lider Ambiental
Fomentar el uso eficiente de la energía dentro de la institución, promoviendo el uso de tecnologías más eficientes, la sensibilización del personal sobre el ahorro energético y la instalación de equipos con bajo consumo.	3	Número de campañas realizadas	3	3	Lider Ambiental
Implementar sistemas de ahorro y control del consumo de agua	3	Número de campañas realizadas	3	3	Lider Ambiental
Implementar sistemas de ahorro y reutilización de agua en la institución, asegurando que se reduzcan las pérdidas y se optimice su uso en todos los procesos hospitalarios.	3	Número de campañas realizadas	3	3	Lider Ambiental
Realizar actividades de sensibilización ambiental	95%	% personal capacitado	95%	95%	Lider Ambiental
Implementar prácticas para la compra responsable y el manejo adecuado de los productos farmacéuticos, priorizando aquellos que sean ambientalmente responsables y promoviendo su correcta disposición al final de su ciclo de vida.	87%	% medicamentos gestionados correctamente	86%	87%	Lider Ambiental
Implementar prácticas de construcción y mantenimiento sostenible en los edificios de la institución, enfocándose en la reducción de riesgos sanitarios y ambientales. Esto se logrará a través del cumplimiento de normativas vigentes, la implementación de tecnologías limpias, el uso de materiales ecológicos.	50%	Índice de sostenibilidad ambiental en las instalaciones.	0%	0%	Lider Ambiental
Implementar políticas de compras sostenibles en todos los niveles de la institución, priorizando productos y servicios que sean ambientalmente responsables, éticos y que promuevan el desarrollo local.	90%	% compras sostenibles	85%	90%	Lider Ambiental
Implementar programa de control de plagas sostenible	100%	% control de plagas ejecutado	100%	100%	Lider Ambiental

GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE
Llevar a cabo la auditoría del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo	1	Auditorías realizadas al SGDEA	1	1	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo
Ley 594 de 2000, Decreto 1080 de 2015, Acuerdo 003 de 2015 AGN	70%	% de áreas con organización documental conforme a normativa	60%	70%	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo
Realizar transferencias documentales al archivo central	70%	% transferencias realizadas	0%	75%	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo
Implementar medidas de conservación documental	90%	% cumplimiento medidas conservación	90%	90%	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo
Actualizar el PGD	100%	% cumplimiento PGD	0%	100%	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo
Realizar capacitaciones en gestión documental	90%	% personal capacitado	90%	95%	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo
Digitalizar documentos institucionales	10%	% documentos digitalizados	0%	5%	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo
Garantizar la correcta gestión documental de historias clínicas	100%	% historias clínicas organizadas correctamente	100%	100%	Auxiliar de Gestion Documental y Archivo

MANTENIMIENTO

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE
Elaborar y ejecutar el Plan de Mantenimiento Hospitalario	75%	% cumplimiento del plan de mantenimiento	70%	51%	Coordinador de Mantenimiento
Ejecutar mantenimiento preventivo de equipos biomédicos / Equipos industriales	100%	% equipos con mantenimiento preventivo vigente	100%	100%	Ingeniero Biomedico
Actualizar inventario y hojas de vida de equipos biomédicos	100%	% equipos con hoja de vida actualizada	100%	100%	Ingeniero Biomedico
Ejecutar programa de calibración de equipos biomédicos	100%	% equipos calibrados	100%	100%	Ingeniero Biomedico
Implementar y ejecutar el programa de tecnovigilancia	100%	% eventos reportados	100%	100%	Coordinador de Mantenimiento
Realizar inspecciones de redes eléctricas	100%	Número de inspecciones realizadas	100%	100%	Coordinador de Mantenimiento
Elaborar plan de contingencia de equipos biomédicos	100%	Plan implementado	100%	100%	Ingeniero Biomedico
Capacitar al personal en uso seguro de equipos biomédicos	90%	% personal capacitado	100%	100%	Ingeniero Biomedico
Gestionar baja y disposición final de equipos biomédicos	90%	% equipos dados de baja correctamente	0%	0%	Ingeniero Biomedico

CALIDAD

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE
Realizar la autoevaluación de estándares de acreditación en procesos asistenciales y administrativos	1.2	El resultado de la comparacion de la autoevaluacion con vigencia anterior	2.77	3.07	Lider de Calidad
Ejecutar y documentar en el aplicativo GMA las acciones de mejora PAMEC	90%	% acciones ejecutadas	88%	96%	Lider de Calidad
Ejecutar el plan anual de auditorías internas	100%	% auditorías ejecutadas	100%	100%	Lider de Calidad
Implementar el programa de seguridad del paciente	90%	% cumplimiento programa	88%	90%	Lider de Calidad
Realizar reporte y análisis de eventos adversos	90%	% eventos analizados	90%	100%	Lider de Calidad
Implementar el programa institucional de humanización	90%	% cumplimiento	87%	88%	Lider de Calidad
Ejecutar el programa docencia servicio	100%	% cumplimiento	100%	100%	Lider de Calidad
Realizar seguimiento al cumplimiento de estándares de habilitación	85%	% cumplimiento	83%	90%	Lider de Calidad
Implementar acciones del programa hospital seguro	90%	% cumplimiento	87%	88%	Lider de Calidad
Realizar ejercicios de referenciación institucional (benchmarking) con entidades de salud de igual o mayor nivel de complejidad, analizando indicadores de calidad, seguridad del paciente y oportunidad en la atención, e implementar acciones de mejora derivadas	1	Número de ejercicios de referenciación institucional realizados	1	1	Lider de Calidad

CONTROL INTERNO

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	RESPONSABLE
Realizar seguimiento a la gestión del riesgo mediante auditorías internas	95%	% auditorías realizadas	90%	100%	Control inteno
Realizar auditoría a procesos, procedimientos, formatos e instrumentos institucionales	95%	% auditorías ejecutadas	0%	100%	Control inteno
Evaluar la efectividad de los controles institucionales	50%	% cumplimiento planes de mejora	50%	67%	Control inteno
Presentar informes de control interno a la alta dirección	400%	Número de informes presentados	1200%	1200%	Control inteno
Realizar auditorías de cumplimiento normativo	95%	Realizar auditorías de cumplimiento normativo	95%	100%	Control inteno
Realizar evaluación del Sistema de Control Interno institucional	1	Informe realizado	0	1	Control inteno
Realizar asesoría y acompañamiento a los procesos institucionales	4	Número de asesorías realizadas	4	12	Control inteno
Elaborar y presentar informes antes de control	100%	% informes presentados	100%	100%	Control inteno

RESUMEN CONSOLIDADO POR AREA

PLANEACION Y SISTEMAS DE INFORMACION		
RESUMEN	ACTIVIDADES PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
AMBIENTAL	1	93%
TICS Y SISTEMAS DE INFORMACION	2	92%
DIRECCION ESTRATEGICA	0	92%
ARCHIVO Y GESTION DOCUMENTAL	1	88%
TOTAL	4	91%

SEGUIMIENTO Y EVALUCION		
RESUMEN	ACTIVIDADES PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
CONTROL INTERNO	0	100%
CALIDAD	2	80%
TOTAL	2	90%

AREA ASISTENCIAL		
RESUMEN	ACTIVIDADES PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
AUDITORIA MEDICA	0	100%
COMUNICACIÓN Y SIAU	0	92%
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	4	89%
CONSULTA EXTERNA	4	73%
TOTAL	8	88%

ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
RESUMEN	ACTIVIDADES PENDIENTES DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
DEFENSA JURIDICA	0	100%
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1	95%
TALENTO HUMANO	2	85%
MANTENIMIENTO	2	78%
ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	2	73%
TOTAL	7	86%

5. CONCLUSIONES

Según los datos aportados por el área de Planeación en el tablero de control empleado para el seguimiento y monitoreo del avance en las metas de producto, establecidas en el plan operativo anual para la vigencia 2025, se evidencia lo siguiente:

1. El área de Planeación y sistemas de información tuvo el mejor desempeño, llegando a un promedio de cumplimiento del 91%, quedando con 4 actividades con ejecución por debajo de la meta programada, así:
 - **Digitalizar documentos institucionales, con un avance del 50% de la meta programada.**
 - Validar calidad de datos institucionales, con un avance del 89% de la meta programada.
 - **Coordinar el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con un avance del 0% de la meta programada.**
 - **Implementar prácticas de construcción y mantenimiento sostenible en los edificios de la institución, enfocándose en la reducción de riesgos sanitarios y ambientales. Esto se logrará a través del cumplimiento de normativas vigentes, la implementación de tecnologías limpias, el uso de materiales ecológicos, con un avance del 0% de la meta programada.**
2. El área asistencial obtuvo un promedio de cumplimiento del 88%, con 8 actividades con ejecución por debajo de la meta programada, así:
 - **Implementar y realizar seguimiento al cumplimiento de la Política de Tratamiento de Datos Personales en el manejo de PQRS, encuestas, bases de datos y comunicaciones institucionales, incluyendo la actualización de autorizaciones y mecanismos de protección de la información, con un avance del 0% de la meta programada.**
 - Mejorar los tiempos de triage conforme a la normatividad vigente, con un avance del 95.33% de la meta programada.
 - Implementar estrategias de humanización en la atención hospitalaria, con un avance del 98% de la meta programada.
 - **Control y Seguimiento a Pacientes que Reingresan al Servicio de Urgencias (antes de 72 horas y 15 días) con el Mismo Diagnóstico de Egreso, con un avance del 46.67% de la meta programada.**
 - **Realizar seguimiento a reingresos hospitalarios de pacientes en un periodo menor o igual a 15 días, con un avance del 0% de la meta programada.**
 - Realizar seguimiento al cumplimiento de indicadores de las rutas a través de los sistemas de información, con un avance del 69.14% de la meta programada.
 - Implementar la estrategia conoce tu riesgo en salas de espera previas a la valoración médica, con un avance del 90.06% de la meta programada.
 - Seguimiento a la Oportunidad de Asignación de Citas, con un avance del 62% de la meta programada.

3. El área administrativa y financiera obtuvo un promedio de cumplimiento del 86%, con 7 actividades con ejecución por debajo de la meta programada.
 - **Socializar la política institucional de prevención del comportamiento agresivo al personal, con un avance del 0% de la meta programada.**
 - Elaborar y ejecutar el Plan de Mantenimiento Hospitalario, con un avance del 68.6% de la meta programada
 - **Gestionar baja y disposición final de equipos biomédicos, con un avance del 0% de la meta programada.**
 - Gestionar el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo, con un avance del 98% de la meta programada
 - Realizar seguimiento al monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o por concepto de contratación de servicios, con un avance del 94.4% de la meta programada
 - Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación basado en las necesidades institucionales, con un avance del 75.51% de la meta programada
 - Evaluar el cumplimiento de la matriz de evaluación GETH (Gestión del Talento Humano) para el personal de planta, contratistas y empresas temporales, asegurando que se cumplan los indicadores de desempeño y normativas laborales, con un avance del 68.22% de la meta programada.
4. El área evaluación y control, obtuvo un promedio de cumplimiento del 90%, con 2 actividades con ejecución por debajo de la meta programada.
 - Implementar el programa institucional de humanización, con un avance del 97.78% de la meta programada.
 - Implementar acciones del programa hospital seguro, con un avance del 97.78% de la meta programada.

Teniendo en cuenta lo anterior se concluye que, a pesar de las 8 actividades resaltadas en negrilla, las cuales tienen un desempeño inferior al 50%, el porcentaje promedio de cumplimiento de plan operativo anual se encuentra por encima del 85%, por lo tanto, la oficina de control interno concluye que la entidad tuvo un desempeño efectivo del desarrollo del Plan Operativo Anual.

6. RECOMENDACIONES

Se presentan las siguientes recomendaciones que pueden ser tomadas como oportunidades de mejora a ser tenidas en cuenta en los planes de acción 2026 y herramientas de seguimiento y control del cumplimiento a las metas de la E.S.E.:

- Tener en cuenta las actividades programadas en el POA, por parte de los funcionarios con personal a cargo, en el pacto de compromisos laborales para el caso de los funcionarios de carrera, planes de trabajo para los funcionarios en provisionalidad y acuerdos de gestión para funcionarios del nivel directivo; a fin que cada dependencia logre cumplir en un 100% las metas programadas.

- Estudiar la oportunidad y conveniencia de automatizar la información relacionada con seguimiento al avance de plan de operativo donde se pueda realizar seguimiento periódico en el transcurso de la vigencia y así tener datos actualizados para la toma de decisiones y generación de reportes, optimizando los recursos que garanticen el cumplimiento de las metas.

Nota aclaratoria: En caso que alguna dependencia tenga observaciones a los porcentajes antes descritos, debe solicitar a Planeación la respectiva modificación, con base en la cual la calificación de Control Interno será modificada.



SANDRA MILENA ZAPATA LOPERA
Asesora de Control Interno