

FECHA: 30 de enero de 2026

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ

OBJETIVO:

Presentar el resultado de la evaluación por dependencias gestión ejecutada por los procesos de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez durante la vigencia 2025, realizada por la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno y el acuerdo 6176 de 2018 emitido por la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC).

ALCANCE:

Este seguimiento se realiza verificando el cumplimiento de los indicadores proyectados con base en las líneas estratégicas de el Plan de desarrollo "Juntos por la sostenibilidad consciente y el compromiso de vida", que fue aprobado por Junta Directiva para la vigencia 2024-2028, según el acuerdo 24 del 23 de diciembre de 2024 y el plan operativo anual aprobado el 23 de diciembre de 2024, según acuerdo número 25.

METODOLOGÍA:

Para la realización del presente informe, se tuvo en cuenta los resultados del análisis cuantitativo de los resultados programados vs los ejecutados de los compromisos, registrados por los responsables de cada indicador y líder de proceso para el POA 2025. Informe realizado por el proceso de planeación.

RESULTADOS:

De acuerdo con el seguimiento realizado en el 2025, el plan de desarrollo en los 104 indicadores programados para la vigencia se cumple con el 97% de las metas planteadas.

A continuación, se presenta tabla con el resumen de las metas propuestas por cada una de las 5 Líneas Estratégicas y los resultados de los indicadores.

POA 2025	TOTAL PROYECTOS	TOTAL INDICADORES VIGENCIA 2025	TOTAL INDICADORES NO PROGRAMADOS	TOTAL INDICADORES QUE CUMPLEN	TOTAL INDICADORES CON DESVIACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 2025
LÍNEA ESTRATÉGICA No 1: GOBERNABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE	17	46	0	44	2	94%
LÍNEA ESTRATÉGICA No 2: JUNTOS POR NUESTRO COMPROMISO DE VIDA	5	17	3	13	1	97%
LÍNEA ESTRATÉGICA No 3: CALIDAD EN LA ATENCIÓN COHESIONADA CON EL USUARIO Y SU FAMILIA	9	18	0	18	0	100%
LÍNEA ESTRATÉGICA No.4: HOSPITAL INTELIGENTE, COMPETITIVO EN INNOVADOR	8	20	0	20	0	100%
LÍNEA ESTRATÉGICA No.5: GESTIÓN DEL APRENDIZAJE, TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO Y CULTURA ORGANIZACIONAL	4	11	2	9	0	100%
TOTALES	43	112	5	104	3	97%

**Detalle de cumplimiento del Plan Operativo Anual – POA – vigencia
2025**

**LINEA ESTRATEGICA 1: GOBERNABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD
CONSCIENTE.**

TIPO INDICADOR	INDICADOR DE GESTIÓN	META INDICADOR	CUMPLIMIENTO	Cumple S/N
Resultado	Calificación ambiente de confianza	>= 90%	99%	SI
Producto	Generación de Rentabilidad	>= 3%	8,24%	SI
Producto	Gestión de Riesgo sobre la totalidad de los procesos institucionales	40	100%	SI
Gestión	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional automatizado	>=90%	96%	SI
Gestión	Seguimiento a los indicadores del plan de gestión del gerente automatizado	>=100%	100%	SI
Gestión	Cumplimiento de las actividades de automatización	>=100%	100%	SI
Gestión	Gestión de margen operacional	>=3%	6,01%	SI
Gestión	Gestión margen neto	>=3%	4,01%	SI
Gestión	Radicación de facturas	>=100%	101,65%	SI
Gestión	Promedio días de facturación	2 días	2	SI
Gestión	Cumplimiento de las actividades del proyecto	>=100%	100%	SI
Gestión	Margen operacional	>=3%	9,20%	SI
Gestión	EBITDA	>=3%	9,73%	SI
Producto	Nivel de implementación del SIR (Sistema Integral de Gestión de Riesgos)	>=80%	89%	SI
Gestión	Cumplimiento en la implementación de los subsistemas de administración del riesgo	>=100%	96%	NO
Gestión	Cumplimiento de procesos con evaluación de riesgos	>=100%	100%	SI
Gestión	Porcentaje de colaboradores capacitados en gestión del riesgo	>=90%	100%	SI
Gestión	Porcentaje de políticas y procedimientos de gestión de riesgos documentados	>=100%	100%	SI
Producto	Nivel de implementación de Sistema de Control Interno	> = 92%	99%	SI
Gestión	Cumplimiento de desarrollo del software ambiente de control	>=100%	100%	SI

Gestión	Cumplimiento de construcción de responsabilidad social empresarial	>80%	100%	SI
Gestión	Cumplimiento de actividades implementadas para la reducción de huella de carbono	>80%	100%	SI
Gestión	Uso de transporte sostenible	5%	52%	SI
Gestión	Colaboradores que comparten vehículo (carpooling)	>=3%	5%	SI
Gestión	Uso de transporte no motorizado (bicicleta o caminata)	3%	20%	SI
Gestión	Reducción de emisiones de co2	5%	2%	SI
Gestión	Porcentaje de residuos orgánicos gestionados mediante compostaje	>=2%	5%	SI
Gestión	Cumplimiento en la sensibilización del impacto ambiental	>=80%	100%	SI
Gestión	Reducción porcentual del consumo de papel	30%	6%	NO
Gestión	Costo ahorrado por reducción de consumo de papel	<=10%	6%	SI
Gestión	Porcentaje de procesos digitalizados	>=5%	20%	SI
Gestión	Porcentaje de actividades implementadas para la gestión segura de químicos	>80%	100%	SI
Gestión	Porcentaje de productos químicos rotulados bajo sistema globalmente armonizado	>80%	100%	SI
Gestión	Porcentaje de hojas de seguridad productos químicos actualizadas	>80%	100%	SI
Gestión	Cumplimiento de actividades para la reducción del uso de plásticos de un solo uso	>80%	100%	SI
Gestión	Porcentaje de actividades de mejora de calidad del agua almacenada sede Niquía	>80%	100%	SI
Gestión	Porcentaje de adherencia al modelo integral de contratación	>=100%	100%	SI
Gestión	Oportunidad en la respuesta a las acciones legales	>=100%	100%	SI
Gestión	Cumplimiento en la realización de la acción de repetición	>=70%	100%	SI

Observaciones: El indicador “Cumplimiento en la implementación de los subsistemas de administración del riesgo” presenta una desviación de la meta, alcanzando un 96% de cumplimiento frente al 100% establecido. Esta diferencia obedece a que algunos componentes de gestión del riesgo aún se encuentran en

fase de planeación y ejecución, particularmente el Plan de Continuidad del Negocio, las pruebas de estrés y las autocomprobaciones, actividades programadas para culminar en el siguiente periodo de seguimiento.

De igual forma, el indicador “Reducción porcentual del consumo de papel” presenta una desviación frente a su meta de 30%, con un 6% de cumplimiento, esto se debe a que este proyecto inicia su ejecución en el segundo semestre, sin embargo, se realiza formulación de estrategias para la implementación de la política de cero papel para la vigencia 2026, que incluyen diagnóstico inicial del consumo de papel, capacitación y sensibilización al personal, digitalización de procesos y optimización del uso de papel.

LINEA ESTRATEGICA 2: JUNTOS POR NUESTRO COMPROMISO DE VIDA.

TIPO INDICADOR	INDICADOR DE GESTIÓN	META INDICADOR	CUMPLIMIENTO	Cumple S/N
Resultado	Cumplimiento de nuestra misión (incremento en # de actividades)	$\geq 3\%$	100%	SI
Producto	Prestación de nuevos servicios y/o actividades en salud	≥ 4	125%	SI
Gestión	Cumplimiento de las actividades de integralidad en la prestación de servicios de salud	$\geq 80\%$	96%	SI
Gestión	Habilitación el servicio de telemedicina	1	100%	SI
Gestión	Cumplimiento de producción de telemedicina (una vez habilitado)	$>80\%$	No prog.	No prog.
Gestión	Cumplimiento de actividades según cronograma	$>80\%$	100%	SI
Gestión	Habilitación del servicio de uci neonatal	Servicio habilitado	No prog.	No prog.
Gestión	Cumplimiento de actividades ejecutadas según cronograma	$>80\%$	100%	SI
Gestión	Ampliación de urgencias autopista construida	Nueva ampliación contratada a 31 de diciembre de 2027	No prog.	No prog.
Gestión	Cumplimiento de los indicadores de giro cama hospitalaria por especialidad	$\geq 75\%$	92%	SI

Gestión	cumplimiento de los indicadores de porcentaje ocupacional hospitalaria por especialidad	≥ 75 %	95%	SI
Gestión	Cumplimiento de los indicadores de promedio día estancia hospitalaria por especialidad	≥ 75 %	88%	SI
Gestión	Cumplimiento de la matriz de producción asistencial	>80%	108%	SI
Producto	Implementación de Rutas de formación docente	4	125%	SI
Gestión	Satisfacción de los estudiantes durante el periodo de formación	>=90%	91%	SI
Gestión	Porcentaje de asistencia a la ruta de formación	>=90%	83%	NO

Observaciones: Se evidencia que el indicador del proceso de docencia servicio que mide el porcentaje de asistencia a la ruta de formación tiene un cumplimiento del 83% frente a su meta que es del 90%, esto se debe a la poca asistencia a algunos seminarios brindados para el personal asistencial, sin embargo, para la vigencia 2026 se implementará un plan de mejoramiento con el fin de avisar previamente a las personas que deben asistir a los cursos y puedan ser programados según cuadros de turnos.

LÍNEA ESTRATEGICA 3: CALIDAD EN LA ATENCIÓN COHESIONADA CON EL USUARIO Y SU FAMILIA

TIPO INDICADOR	INDICADOR DE GESTIÓN	META INDICADOR	CUMPLIMIENTO	Cumple S/N
Resultado	Gestión holística de la calidad	>=100%	104%	SI
Resultado	Satisfacción del usuario	>=95%	99%	SI
Resultado	Hospital humano y compasivo	>= 80%	100%	SI
Producto	Implementación de rutas de mejoramiento continuo	1	1	SI
Gestión	Cumplimiento del cronograma del sistema obligatorio de garantía de la calidad	>=100%	100%	SI
Gestión	Cumplimiento del sistema de gestión documental	>=90%	100%	SI
Gestión	Cumplimiento del plan de auditoría de procesos	>=100%	100%	SI
Gestión	Cumplimiento del programa de seguridad en la atención	>90 %	100%	SI
Gestión	Cumplimiento de las actividades definidas en el plan de gestión del gerente	>=100%	100%	SI

Producto	Implementación de programa de cultura de cuidado humano y compasivo	$\geq 80\%$	100%	SI
Producto	Tasa de satisfacción global del usuario	$\geq 95\%$	99%	SI
Gestión	Cumplimiento del cronograma de implementación del proyecto cultura de cuidado humano y compasivo	$\geq 80\%$	100%	SI
Gestión	Oportunidad de respuesta a pqr	15 días	0,86	SI
Gestión	Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ese	$\geq 95\%$	99%	SI
Gestión	Cumplimiento de la política de participación social en salud	$\geq 95\%$	100%	SI
Gestión	Cumplimiento de las actividades de política de inclusión	$\geq 95\%$	100%	SI
Gestión	Cumplimiento de actividades del proyecto siempre contigo	$\geq 95\%$	100%	SI
Gestión	Cumplimiento del proyecto espera humana y compasiva	$\geq 95\%$	100%	SI

Observaciones: para la vigencia se dio cumplimiento del 100% de cada una de las metas propuestas para los indicadores.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: HOSPITAL INTELIGENTE, COMPETITIVO EN INNOVADOR

TIPO INDICADOR	INDICADOR DE GESTIÓN	META INDICADOR	CUMPLIMIENTO	Cumple S/N
Resultado	Hospital inteligente (eficientar la operación institucional a través de la implementación de APPS, aplicaciones y plataformas digitales)	≥ 10	158%	SI
Resultado	Plan estratégico de tecnologías de la información (PETIC)	1	No prog.	SI
Producto	Procesos y subprocesos asesorados o intervenidos en la automatización de datos o implementación de herramientas para la toma de decisiones	10	100%	SI
Gestión	porcentaje adopción de herramientas de automatización	$\geq 80\%$	93%	SI
Gestión	cumplimiento en la capacitación y seguimiento de las herramientas implementadas	$\geq 85\%$	100%	SI

Producto	Aplicación medidas de Protección para mitigación de riesgos cibernéticos y monitoreo continuo	5	100%	SI
Gestión	cumplimiento con las normativas de protección de datos	>=85%	100%	SI
Gestión	cumplimiento en la solución de incidentes de seguridad de la información	>80%	100%	SI
Producto	Estrategias ejecutadas de acuerdo con el sistema integral de organización documental	5	100%	SI
Gestión	Organización de acervo documental	>=100%	108%	SI
Gestión	Digitalización de historias clínicas pasivo	>=100%	100%	SI
Gestión	implementación del gestor documental SAIA	>=100%	100%	SI
Producto	Estrategias ejecutadas de acuerdo con el plan de comunicaciones y relacionamiento institucional	12	100%	SI
Gestión	cumplimiento en la actualización de los manuales de comunicaciones	>=100%	100%	SI
Gestión	cumplimiento en la publicación de noticias positivas en medios de comunicación masivos"	>=100%	100%	SI
Gestión	cumplimiento en la implementación de estrategias de marketing (gestión de contenidos en redes sociales)	>=100%	100%	SI
Gestión	cumplimiento en las actualizaciones de la página web del hospital	>=100%	100%	SI
Gestión	implementación "ley de transparencia"	>=100%	100%	SI
Gestión	cumplimiento de actividades "plan de comunicaciones interno - externo"	>=100%	100%	SI
Gestión	cumplimiento en la realización de las campañas educativas e informativas	>=100%	100%	SI

Observaciones: para la vigencia se dio cumplimiento del 100% de cada una de las metas propuestas para los indicadores.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: GESTIÓN DEL APRENDIZAJE, TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO Y CULTURA ORGANIZACIONAL

TIPO INDICADOR	INDICADOR DE GESTIÓN	META INDICADOR	CUMPLIMIENTO	Cumple S/N
Resultado	Construcción de un sistema de gestión de las personas	>= 90%	99%	SI
Producto	Estrategias ejecutadas de acuerdo con el Sistema de Gestión de las Personas Institucional	>=100	100%	SI
Gestión	porcentaje de colaboradores que aprueban las actividades de formación virtual	>=95%	100%	SI
Producto	Estrategias ejecutadas de acuerdo con el Programa de cultura Institucional	12	100%	SI
Gestión	cumplimiento del programa de cultura organizacional	>=95%	100%	SI
Gestión	porcentaje de investigación de los accidentes y enfermedades laborales (at-el)	>=100%	100%	SI
Gestión	seguimiento de ausentismo laboral por causa médica	<=10%	4%	SI
Gestión	porcentaje de cumplimiento al plan de capacitación	≥90%	100%	SI
Gestión	porcentaje de áreas de trabajo que cumplen con los estándares de seguridad laboral y ergonomía	>=100%	100%	SI
Gestión	cumplimiento de la documentación de la lista de chequeo de ingreso	>80%	No prog.	No prog.
Gestión	porcentaje de colaboradores activos en el sistema integral de gestión de las personas	>80%	No prog.	No prog.

Observaciones: para la vigencia se dio cumplimiento del 100% de cada una de las metas propuestas para los indicadores.

Resultados de POAI

Ejecución por la línea del plan de desarrollo (Compromiso vs. Definitivo)

4 to TRIMESTRE				
LINEA PLAN DE DESARROLLO	PPTO INICIAL POAI	PPTO DEFINITIVO DICIEMBRE 2025	COMPROMETIDO A DICIEMBRE 2025	% COMPROMISO
1 GOBERNABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD CONSCIENTE	\$ 11.092.794.943	\$ 15.732.495.738	\$ 13.804.578.749	87,75%
2 JUNTOS POR NUESTRO COMPROMISO	\$ 140.213.102.358	\$ 200.351.526.437	\$ 175.515.358.382	87,60%
3 CALIDAD EN LA ATENCIÓN COHESIONADA CON EL USUARIO Y SU FAMILIA	\$ 2.049.955.676	\$ 2.339.756.905	\$ 1.972.082.678	84,29%
4 HOSPITAL INTELIGENTE COMPETITIVO E INNOVADOR	\$ 3.195.949.025	\$ 4.250.283.530	\$ 3.944.165.357	92,80%
5 GESTIÓN DEL APRENDIZAJE, TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO Y CULTURA ORGANIZACIONAL	\$ 1.591.351.135	\$ 2.075.876.503	\$ 1.972.082.678	95,00%
TOTALES INICIALES	\$ 158.143.153.137	\$ 224.749.939.113	\$ 197.208.267.844	87,75%

El comportamiento de los indicadores financieros al cierre de diciembre muestra una maduración efectiva de la inversión:

- El compromiso es del 87.75% (\$197.208.267.845).
- El saldo por comprometer es del 12.25% (\$27.541.671.268).

Natalia Morales.

Elaboró: Natalia Morales Galvis.

Apoyo Profesional Proceso Control Interno



Función Pública

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno

1. Fecha: 30 DE ENERO 2026

2. Dependencia a evaluar: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Avanzar en la consolidación de la ESE como una institución viable y sostenible a partir del fortalecimiento del ciclo económico, la gestión jurídica, gestión de riesgos institucionales, el ambiente de control y el impacto positivo al medio ambiente que genere valor a todos los grupos de interés.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Meta (%)	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Línea 1 Programa 1: sostenibilidad y rentabilidad	>= 3%	8,24%	Se evidencia cumplimiento de actividades orientadas a garantizar la sostenibilidad económica y la transparencia en la gestión de los recursos públicos. Se destacan la publicación oportuna de estados financieros en la página web institucional, la realización del 90% de las compras mediante mecanismos electrónicos para optimizar costos en medicamentos, dispositivos médicos e insumos hospitalarios, el cumplimiento oportuno de obligaciones con personal de planta y contratistas, el cierre contable y presupuestal veraz y oportuno, y la gestión activa de cartera y saneamiento de pasivos. Estas acciones consolidan disciplina fiscal, fortalecen el flujo de caja y respaldan la estabilidad financiera de la ESE.
Programa 4: cuidado ambiental	>=80%	100%	La entidad recibió el certificado de medición de huella de carbono, lo cual constituye un hito en la gestión ambiental institucional. Este ejercicio permite identificar procesos con mayor impacto ambiental y diseñar estrategias de mitigación orientadas a la reducción de emisiones y al uso racional de recursos. Complementariamente, se realizaron dos jornadas del "Día sin carro", promoviendo conciencia ambiental y responsabilidad social entre los colaboradores.
Línea 4 Programa 1: gestión inteligente de datos	>=10	158%	Se inicia la implementación del gestor documental SAIA como herramienta tecnológica para la administración integral de las comunicaciones oficiales y documentos institucionales. Este proceso incluye parametrización inicial, capacitación básica a usuarios estratégicos y puesta en marcha gradual, con el objetivo de fortalecer el control de correspondencia, la gestión de trámites, la trazabilidad de actuaciones administrativas y el cumplimiento de la política de gestión documental en el marco del MIPG.



Función Pública



Programa 2: ciber seguridad hospitalaria	5	100%	Se toman acciones preventivas como cambio de contraseñas, control en el acceso a red de la entidad y en ataques con phishing y otros programas para el robo de información personal.
Programa 3: memoria documental	>=100%	108%	Se evidencia un adecuado nivel de cumplimiento en los procesos relacionados con la organización, actualización y control del inventario documental del archivo institucional, así como en la digitalización de historias clínicas pasivas, conforme a los lineamientos normativos vigentes en materia de gestión documental y custodia de información clínica.
Programa 4: comunicación con propósito	12	100%	Se evidencia una gestión activa y permanente en la difusión de información institucional a través de los diferentes canales oficiales, incluyendo redes sociales y medios digitales. Se mantienen publicaciones constantes orientadas a visibilizar la gestión institucional, campañas de promoción y prevención, actividades asistenciales, conmemoraciones y logros estratégicos.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Luego de la revisión de la información, incluyendo el informe del proceso de planeación institucional y los seguimientos a los indicadores del Plan Operativo Anual y el Plan de Desarrollo del Gerente, se concluye, cumplimiento de las actividades y las metas propuestas para la vigencia.

Es importante mencionar que, en la Institución se realiza seguimiento con los líderes de las líneas del plan de Desarrollo y de los proyectos de manera trimestral y se toman las medidas necesarias para el mejoramiento continuo, adicional se presenta la información en el comité de Gerencia y a la Junta Directiva de la institución.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

La dependencia reporta un cumplimiento del 94% de sus proyectos, por lo cual se debe seguir desarrollando las actividades establecidas en cada uno de los cronogramas de los proyectos para dar cumplimiento al 100% de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional.

8. Firma:

Natalia Morales.

Natalia Morales Galvis

Apoyo Profesional Proceso Control Interno.



Función Pública

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno

1. Fecha: 30 DE ENERO
2026

2. Dependencia a evaluar: SUBGERENCIA CIENTIFICA

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Desarrollar un portafolio de servicios de salud con mayor integralidad que a su vez nos permita incrementar el número de actividades y servicios asistenciales con una mayor capacidad resolutive.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Meta (%)	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Línea 2. Programa 1: integralidad en la prestación de servicios de salud	>= 3%	100%	Uno de los principales avances se relaciona con la parametrización, homologación y puesta en funcionamiento de los softwares LabSense, Spotfire y Genexpert, herramientas que fortalecen la analítica institucional, la trazabilidad de datos clínicos y administrativos, y el seguimiento a indicadores estratégicos. Esto permite una toma de decisiones basadas en evidencia, mayor control sobre la producción hospitalaria y optimización de recursos. En el componente de fortalecimiento tecnológico, durante el tercer trimestre se realizó la adquisición de equipos biomédicos destinados a los servicios de urgencias, hospitalización y cirugía, garantizando el cumplimiento de estándares de habilitación y calidad. Entre los equipos adquiridos se encuentran monitores de signos vitales, cardiodesfibriladores, camas electromecánicas y otros dispositivos médicos esenciales para la atención segura y oportuna.
Programa 2: docencia servicio como parte de nuestra misión	4	125%	Se siguen desarrollando los convenios docencia-servicio con las diferentes universidades de la ciudad para el fortalecimiento y formación de los profesionales en el área de la salud.



Función Pública

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Luego de la revisión de la información, incluyendo el informe del proceso de planeación institucional y los seguimientos a los indicadores del Plan Operativo Anual y el Plan de Desarrollo del Gerente, se concluye, cumplimiento de las actividades y las metas propuestas para la vigencia.

Es importante mencionar que, en la Institución se realiza seguimiento con los líderes de las líneas del plan de Desarrollo y de los proyectos de manera trimestral y se toman las medidas necesarias para el mejoramiento continuo, adicional se presenta la información en el comité de Gerencia y a la Junta Directiva de la institución.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

La dependencia reporta un cumplimiento del 97% de sus proyectos, por lo cual se debe seguir desarrollando las actividades establecidas en cada uno de los cronogramas de los proyectos para dar cumplimiento al 100% de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional.

8. Firma:

Natalia Morales.

Natalia Morales Galvis

Apoyo Profesional Proceso Control Interno.



Función Pública

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno

1. Fecha: 30 DE ENERO
2026

2. Dependencia a evaluar: CALIDAD

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Adoptar la calidad como principio holístico aplicado a los procesos que impacte en la satisfacción de los usuarios y sus familias.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Meta (%)	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Línea 3. Programa 1: calidad que satisface al usuario	>=95%	99%	En el componente de seguridad del paciente, se desarrollaron campañas institucionales en todos los servicios asistenciales, incluyendo la conmemoración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente y la participación en la Semana Andina de la Seguridad del Paciente. Estas actividades incluyeron jornadas pedagógicas, sensibilización al personal asistencial y administrativo, y refuerzo de prácticas seguras alineadas con los estándares del Ministerio de Salud.
Programa 2: hospital humano y compasivo	>= 80%	100%	Desde la Oficina de Experiencia del Usuario se desarrollaron campañas, talleres, rondas de humanización y ciclos de diálogo orientados a fortalecer la cultura del cuidado humano y compasivo. Estas intervenciones buscan impactar positivamente la percepción del servicio, la relación asistencial y la satisfacción del usuario y su familia. Igualmente, se implementaron estrategias educativas dirigidas a pacientes y acompañantes para promover el conocimiento tanto de sus derechos como de sus deberes, fortaleciendo la corresponsabilidad en el proceso de atención.



Función Pública

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Luego de la revisión de la información, incluyendo el informe del proceso de planeación institucional y los seguimientos a los indicadores del Plan Operativo Anual y el Plan de Desarrollo del Gerente, se concluye, cumplimiento de las actividades y las metas propuestas para la vigencia.

Es importante mencionar que, en la Institución se realiza seguimiento con los líderes de las líneas del plan de Desarrollo y de los proyectos de manera trimestral y se toman las medidas necesarias para el mejoramiento continuo, adicional se presenta la información en el comité de Gerencia y a la Junta Directiva de la institución.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

La dependencia reporta un cumplimiento del 100% de sus proyectos, dando cumplimiento a las metas establecidas para la vigencia 2025.

8. Firma:

Natalia Morales.

Natalia Morales Galvis

Apoyo Profesional Proceso Control Interno.



Función Pública

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno

1. Fecha: 30 DE ENERO
2026

2. Dependencia a evaluar: JURIDICA

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Avanzar en la consolidación de la ESE como una institución viable y sostenible a partir del fortalecimiento del ciclo económico, la gestión jurídica, gestión de riesgos institucionales, el ambiente de control y el impacto positivo al medio ambiente que genere valor a todos los grupos de interés.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5.1. Avance producto SGI (%)		5.2. Análisis de Resultados
	5.1. Meta (%)	5.1. Avance producto SGI (%)	
Línea 1. Programa 5: modelo de gestión jurídica	>=100%	100%	Durante la vigencia se actualizó la Política de Prevención del Daño Antijurídico, se modificaron el Estatuto y el Manual de Contratación, y se actualizaron las minutas contractuales, fortaleciendo la gestión del riesgo jurídico y la transparencia institucional.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Luego de la revisión de la información, incluyendo el informe del proceso de planeación institucional y los seguimientos a los indicadores del Plan Operativo Anual y el Plan de Desarrollo del Gerente, se concluye, cumplimiento de las actividades y las metas propuestas para la vigencia.

Es importante mencionar que, en la Institución se realiza seguimiento con los líderes de las líneas del plan de Desarrollo y de los proyectos de manera trimestral y se toman las medidas necesarias para el mejoramiento continuo, adicional se presenta la información en el comité de Gerencia y a la Junta Directiva de la institución.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

La dependencia reporta un cumplimiento del 94% de sus proyectos, por lo cual se debe seguir desarrollando las actividades establecidas en cada uno de los cronogramas de los proyectos para dar cumplimiento al 100% de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional.

8. Firma:

Natalia Morales.

Natalia Morales Galvis

Apoyo Profesional Proceso Control Interno.



Función Pública

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno

1. Fecha: 30 DE ENERO
2026

2. Dependencia a evaluar: GESTIÓN HUMANA

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Gestionar la capacidad de identificar y adaptar estrategias de aprendizaje para maximizar la retención y la transferencia del conocimiento institucional.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Meta (%)	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Línea 5. Programa 1: gestión de las preferencias del aprendizaje y transferencia de conocimiento	>= 90%	99%	El Sistema Integral de Gestión de las Personas consolida procesos relacionados con planeación del talento humano, evaluación del desempeño, bienestar laboral, capacitación y desarrollo, promoviendo una gestión estructurada, trazable y alineada a los objetivos estratégicos institucionales.
Programa 2: cultura organizacional	>=95%	100%	El proyecto de Fortalecimiento de la cultura organizacional se ejecuta mediante una serie de actividades orientadas a promover sentido de pertenencia, cohesión institucional y apropiación de los valores corporativos. Entre las principales acciones desarrolladas se encuentran la celebración del Día del Servidor Público, espacios de reconocimiento institucional, el encuentro de pre-jubilables como estrategia de acompañamiento psicosocial y cierre de ciclo laboral, así como campañas enfocadas en liderazgo, comunicación asertiva y trabajo en equipo. Estas actividades buscan impactar positivamente el clima organizacional y fortalecer la identidad institucional.



Función Pública



6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Luego de la revisión de la información, incluyendo el informe del proceso de planeación institucional y los seguimientos a los indicadores del Plan Operativo Anual y el Plan de Desarrollo del Gerente, se concluye, cumplimiento de las actividades y las metas propuestas para la vigencia.

Es importante mencionar que, en la Institución se realiza seguimiento con los líderes de las líneas del plan de Desarrollo y de los proyectos de manera trimestral y se toman las medidas necesarias para el mejoramiento continuo, adicional se presenta la información en el comité de Gerencia y a la Junta Directiva de la institución.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

La dependencia reporta un cumplimiento del 100% de sus proyectos, dando cumplimiento a las metas establecidas para la vigencia 2025.

8. Firma:

Natalia Morales.

Natalia Morales Galvis

Apoyo Profesional Proceso Control Interno.