

INFORME DE EVALUCION POR DEPENDENCIAS

VIGENCIA 2026

INTRODUCCION

La Ley 909 de 2004, en su artículo 39 establece que: “El jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento”.

Sin embargo, el Acuerdo 617 de 2018 referente a la Evaluación del Desempeño Laboral, en el marco del proceso de calificación establece que la “evaluación de gestión por áreas o dependencias realizada por el jefe de Control Interno o quien haga sus veces en la entidad, ya no será tenida en cuenta, pero se considera un insumo para la concertación de compromisos laborales.

Adicionalmente, la Circular No. 004 de 2005 el Consejo Asesor del Gobierno en materia de Control Interno establece que: “El jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente:

- a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo
- b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados
- c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno”.

Por consiguiente y en cumplimiento de las directrices anteriormente mencionadas, la Oficina de Control Interno presenta a continuación el informe de la gestión por dependencias, el cual tiene como referente el cumplimiento del Plan de Acción por

procesos de la vigencia 2025, articulado al Plan de Desarrollo Institucional y al Plan de Gestión Gerencial, dicho informe presenta de manera resumida el cumplimiento obtenido por cada dependencia, conforme a las compromisos y metas establecidas para la vigencia 2025, así como recomendaciones encaminadas a la mejora continua de los procesos.

OBJETIVO

Realizar evaluación de la gestión de cada dependencia y establecer el nivel de cumplimiento de las metas institucionales, analizando el desempeño institucional y emitiendo las diferentes recomendaciones que contribuyan al mejoramiento continuo.

ALCANCE

Evaluar la gestión de las dependencias y/o procesos del Hospital Roberto Quintero Villa ESE, durante el 1º de enero y el 31 de diciembre de la vigencia 2025.

RESULTADOS DE LA EVALUACION

Para efectuar la respectiva evaluación por dependencias se tomaron como insumos los resultados obtenidos por los diferentes procesos en la evaluación de los planes de acción durante el seguimiento realizado por toda la vigencia 2025 por la responsable del Proceso de Planeación y de los indicadores trazadores del proceso.

RESULTADO DEL SEGUIMIENTO DE LA EVALUACIÓN VIGENCIA 2025.

Nombre del Proceso	Porcentaje de Avance Trim I	Porcentaje de Avance Trim II	Porcentaje de Avance Trim III	Porcentaje de Avance Trim IV
Direccionamiento estratégico y planeación	65%	69%	78%	93%
Calidad	53%	53%	75%	95%
Jurídica	56%	65%	79%	93%
Control Interno	68%	63%	76%	94%
Talento Humano	80%	61%	81%	89%
Financiera	47%	59%	76%	99%
Sistemas de Información	59%	69%	80%	87%
Gestión Documental	67%	61%	70%	98%
Compras, bienes y suministros	56%	50%	72%	83%
Mantenimiento	61%	51%	77%	92%
Consulta Externa-Promoción y Prevención	42%	56%	76%	97%
Odontología	45%	50%	89%	100%
Urgencias-Hospitalización	33%	59%	83%	98%
Laboratorio Clínico	40%	58%	78%	100%
Servicio Farmacéutico	43%	57%	73%	95%
SIAU	63%	70%	88%	97%
Total, Porcentaje de Avance	55%	59%	78%	94%

Teniendo en cuenta la información suministrada por parte de la dependencia de Planeación del E.S.E ROBERTO QUINTERO VILLA, se puede evidenciar que se llevó a cabo el seguimiento durante la vigencia 2025, a la gestión realizada a cada dependencia, dando cumplimiento a los planes de acción y planes institucionales del decreto 612 de 2018 Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado

GERENCIA Y DIRECCIONAMIENTO

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META** Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE.

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTOS			
MIPG: Gestión con Valores para resultados	Verificación del cumplimiento de objetivos y metas institucionales, así como el alcance de los resultados propuestos, en Comité de Gestión y Desempeño	Presentación del Informe de evaluación de la gestión vigencia 2025	1	100%	NA	NA	NA
	Realizar reuniones bimestrales del Comité de Gestión y Desempeño	No. de reuniones programadas	6	33%	50%	83%	100%
MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados	Realización de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	Audiencia pública de rendición de cuentas realizada	1	NA	100%	NA	NA
MIPG Dimensión de Control Interno	Identificación y gestión de riesgos que permitan el cumplimiento de los objetivos institucionales	Acompañar el proceso de documentar el Mapas de riesgo por procesos	1	NA	100%	NA	NA
		Realizar medición trimestral de la gestión del riesgo por procesos	4	25%	50%	75%	100%
MIPG: Gestión con Valores para resultados	Monitorización trimestral de planes de acción	Informes de trimestrales de seguimiento a planes de acción	4	25%	50%	75%	100%
	Seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional	Informe elaborado de seguimiento al cumplimiento del POA 2025	1	100%	NA	NA	NA
	Realización del seguimiento al cumplimiento del plan de gestión gerencial	Informes de evaluación del Plan de Gestión Gerencial 2025	1	100%	NA	NA	NA



	Identificación y apropiación de canales de comunicación para difundir información sobre las políticas, el direccionamiento estratégico, la planeación y los resultados de gestión de la entidad, promoviendo la transparencia en la gestión y la integridad de los servidores públicos	Informes de seguimiento del PAAC cuatrimestral por líderes de procesos	3	NA	33%	66,67%	100,00%
		No. actividades realizadas/ No. actividades programadas del PAAC	90%	34%	81%	88%	91%
	Formular y presentar proyectos de mejoramiento de infraestructura física, arquitectura de tecnologías de la información y renovación de tecnología biomédica	No. De Proyectos formulados	1	100%	100%	100%	100%
Plan de Desarrollo Institucional: Gestión de la Calidad / Imagen Corporativa	Ejecutar el plan de comunicaciones	No. actividades realizadas/No. actividades programadas en el Plan de comunicaciones	50%	NA	40%	60%	60%
				65%	69%	78%	93%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que de los cinco (5) **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeados diez (10) **ACTIVIDADES**, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los cinco (5) programas, procesos o subprocesos evaluados, tres (3) presentan un cumplimiento del 100 % en determinadas actividades y/o a lo largo de toda la vigencia.
- De las diez (10) actividades programadas, ocho (8) alcanzaron un cumplimiento del 100 %, ya sea en el cuarto trimestre o a lo largo de la vigencia evaluada.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

- Realizar y llevar a cabo el seguimiento de todas las actividades planeadas por la Institución.
- Fortalecer el seguimiento periódico a las actividades programadas, con el fin de identificar oportunamente posibles retrasos y definir acciones correctivas.
- Documentar de manera sistemática los avances y resultados de cada actividad, garantizando trazabilidad y soporte para próximas vigencias
- Promover espacios de retroalimentación entre los responsables de los programas, procesos y subprocesos, orientados a la mejora continua.
- Solicitar asistencia técnica al DAFP a través de los asesores dispuestos para la región para el despliegue de la estrategia anti trámites al interior de la entidad.

CALIDAD

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE.**

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Dimensión Gestión del conocimiento y la innovación: Política Gestión del conocimiento y la innovación	Recopilación y organización de la documentación de consulta por procesos en la carpeta compartida	Carpeta compartida con documentación de consulta por procesos completa	1	NA	50%	87%	100%
MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Sistema Único de Habilitación	Realización de monitoreo a las condiciones básicas de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa	Condiciones básicas de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, con cumplimiento en la ESE	1	NA	NA	100%	NA

	Realización de monitoreo a las condiciones técnico científicas del SUH	No. actividades realizadas/No. actividades programadas en el plan de sostenimiento de habilitación	> 90%	20%	53%	65%	69%
MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados. DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC	Proyección del documento PAMEC	Documento PAMEC revisado y ajustado	1	100%	NA	NA	NA
	Ejecución del esquema de Ruta Crítica del PAMEC recomendada por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del Documento Pautas de Auditoría.	No. actividades realizadas/No. actividades programadas del PAMEC	> 90%	NA	NA	78%	93%
	Realización de auditorías al PAMEC	Informes de seguimiento a las auditorías al PAMEC realizadas	2	NA	NA	50%	100%
	Realización de actividades de seguimiento al plan de mejoramiento del PAMEC	Informes de seguimiento elaborados al plan de mejoramiento del PAMEC	3	NA	NA	33%	100%
	Reportar información de ejecución del PAMEC a la Superintendencia Nacional de Salud	Informe de la Circular 012 presentado oportunamente	1	100%	NA	NA	NA
Decreto 2193 de 2004	Reportar los indicadores Trimestrales de Calidad al Ministerio de Salud y Protección Social (Decreto 2193 de 2004)	Informes de calidad analizados y presentados trimestralmente en el Comité de Gestión y Desempeño	4	25%	50%	75%	100%

MIPG: Dimensión Gestión con Valores para Resultados - Política Participación ciudadana: Deberes y Derechos del Usuario	Evaluación semestral de la Política de Participación Social en Salud (PPSS)	No. actividades realizadas/No. actividades programadas. Política de Participación Social en Salud (PPSS) de cada vigencia	90%	22%	61%	83%	100%
Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015	Desarrollar el SGC, manteniendo su operación y conocimiento en los colaboradores	Número de auditorías internas ejecutadas / Total auditorías internas programadas.	60%	NA	NA	100%	NA
		Certificación Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015	100%	NA	NA	NA	100%
				53%	53%	75%	95%

ASPECTOS POSITIVOS:

Alineación de los planes de acción con los planes estratégicos institucionales y con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Se observa que para los **SEIS (6) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **ONCE (11) ACTIVIDADES**, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **SEIS (6) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **SEIS (6)** presentan **100% 100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades y/o durante toda la vigencia.
- De **ONCE (11) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **NUEVE (9)** terminaron con un cumplimiento del 100% obtenido en el cuarto trimestre y/o durante la vigencia
- Solo **DOS (2)** están por debajo del 100% de cumplimiento uno (1) con el 93%, y uno (1) con el 69%.
- Cumplimiento al seguimiento por la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

- Seguimiento permanente a las condiciones técnico-científicas del SUH.

- Dar cumplimiento a las actividades programadas en el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC
- Continuar con las estrategias y acciones que permitieron alcanzar el cumplimiento del 100 % en los programas, procesos y subprocesos evaluados.
- Continuar fortaleciendo los mecanismos de seguimiento y control, con el fin de asegurar la sostenibilidad de los resultados obtenidos durante las próximas vigencias.

JURIDICA

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.**

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBP ROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	MET A	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG Dimensión de Información y Comunicación: Contratación	Presentación de Informes de SIA Observa	Contratos cargados en aplicativo SIA Observa mensualmente	12	25%	50%	75%	100%
	Presentación de informe a CHIP de la contratación realizada en la entidad	Presentación de informe a CHIP anual	1	100%	NA	NA	NA
	Presentación de informe de Contratación a Superintendencia Nacional de Salud	Informe de Contratación presentado trimestralmente de manera completa y oportuna a la Super Intendencia Nacional de Salud	4	25%	50%	75%	100%
	Realizar el Informe de contratación correspondiente al Decreto 2193 de 2004	Informes presentados oportunamente correspondientes al Decreto 2193 de 2004	4	25%	50%	75%	100%
	Realización del cargue de contratos al SECOP II	Contratos cargados en SECOP II oportunamente	100%	100%	100%	100%	100%



Seguimiento a las acciones correctivas de los planes de mejoramiento instaurados internos y los entes de control.	Seguimiento a las acciones correctivas de los planes de mejoramiento instaurados internos y los entes de control.	90%	NA	NA	NA	100%
Incluir en los contratos de servicios interdependientes que apoyan el servicio principal, como mínimo: 1.1 Calidad en la entrega de los productos. 1.2 Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente. 1.3 Tiempos de entrega de los productos. 1.4 Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado.	Contratos de servicios interdependientes con cumplimiento de requisitos de habilitación: 1.1 Calidad en la entrega de los productos. 1.2 Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente. 1.3 Tiempos de entrega de los productos. 1.4 Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado.	100%	NA	50%	100%	100%
Realizar educación continuada a los supervisores de contratos para la identificación y gestión de riesgos de contratación y mejoramiento de su labor frente al seguimiento y control del cumplimiento de los objetivos y obligaciones contractuales	Educación continuada a supervisores de contratos frente a la identificación y gestión de los riesgos de contratación	2	NA	NA	50%	50%

	Realizar educación continua a los líderes de procesos respecto a la documentación que se debe de solicitar y los tiempos establecidos para la realización al momento de expedir un contrato.	Documentación que se requiere para la expedición de los contratos en los tiempos establecidos.	2	NA	NA	50%	50%
MIPG Dimensión de Información y Comunicación: Política de Defensa Judicial	Realización del seguimiento a los procesos judiciales	Informe de seguimiento a procesos judiciales presentados al Comité de Conciliación	4	25%	50%	75%	100%
	Responder de manera oportuna a tutelas	Tutelas contestadas dentro de los términos	100%	100%	100%	100%	100%
	Realizar el Informe de procesos judiciales correspondiente al Decreto 2193 de 2004	Informes presentados oportunamente correspondientes al Decreto 2193 de 2004	4	25%	50%	75%	100%
	Realización de Comités de Conciliación y Defensa Judicial	Realizar reuniones quincenales de Comités de Conciliación y Defensa Judicial	24	38%	50%	75%	100%
	Realización de capacitación de daño antijurídico al personal asistencial de E.S. E	Realización de capacitación de daño antijurídico al personal asistencial de E.S. E	1	NA	NA	NA	100%
	Realización de cobros prejurídicos y jurídicos	Cobros prejurídicos y jurídicos realizados / Cobros prejurídicos y jurídicos solicitados	100%	100%	100%	100%	100%
MIPG: Política de Integridad (Conflicto de Intereses)	Implementar y establecer controles para el reporte y gestión de posibles Conflicto de Interés	No. actividades realizadas de socialización de la Política de Conflicto de Intereses	1	NA	NA	NA	100%
		No. De gestiones a los conflictos de interés reportados y gestionados/Total de reportes de conflictos de interés	90%	NA	NA	NA	NA
				56%	65%	79%	93%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **TRES (3) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **DIECISEIS (16) ACTIVIDADES**, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **TRES (3) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **TRES (3)** presentan **100% 100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades y/o durante toda la vigencia.
- De **DIECISEIS (16) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **CATORCE (14)** terminaron con un cumplimiento del 100% obtenido en el cuarto trimestre y/o durante la vigencia
- Solo **DOS (2) están con el 50% de cumplimiento.**
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

- Dar cumplimiento a todas las condiciones presentadas para llevar a cabo a entera satisfacción los contratos de servicios interdependientes que apoyan el servicio principal, toda vez que se evidencia que en los dos (2) primeros trimestres el seguimiento relacionado no está cumpliendo con el producto.
- Educación continuada a supervisores de contratos frente a la identificación y gestión de los riesgos de contratación, toda vez que se evidencia que en las dos revisiones solo esta el 50% de cumplimiento.
- Realizar revisión pre- contractual de la documentación que se requiere para la expedición de los contratos en los tiempos establecidos, toda vez que según el reporte solo se ha cumplido en un 50%.
- Realizar la actividad programada de los No. De gestiones a los conflictos de interés reportados y gestionados/Total de reportes de conflictos de interés, toda vez que durante el seguimiento realizado no se evidencia ningún porcentaje de avance.
- Fortalecer el seguimiento periódico para asegurar la continuidad de los resultados obtenidos en futuras vigencias

- Actualizar periódicamente los cronogramas e indicadores, garantizando su alineación con los objetivos institucionales.
- Realizar evaluaciones periódicas que permitan identificar oportunidades de mejora continua, aun cuando se haya alcanzado el cumplimiento total
- Dar cumplimiento a la publicación de los documentos mínimos de legalidad exigidos en la plataforma SIA Observa, de conformidad con lo establecido en la resolución anual expedida por la Contraloría General del Quindío
- Brindar educación continuada a los supervisores de contratos, con el fin de fortalecer sus competencias en la identificación y gestión de riesgos contractuales, así como en la mejora de su desempeño en el seguimiento y control del cumplimiento de los objetos y obligaciones contractuales
- Revisar la política de daño antijurídico, actualizarla cuando sea necesario y brindar las capacitaciones pertinentes al personal asistencial de la ESE
- Dar cumplimiento a las acciones de mejora incluidas en los planes de mejoramiento internos realizados por la oficina de control interno.
- Seguimiento permanente a la aplicabilidad de la ley de archivo de cada expediente contractual expedido por la oficina jurídica

CONTROL INTERNO

Se detalla a continuación uno a uno los PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META ANUAL	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Dimensión Gestión con valores para resultados / Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Realizar seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción en el tiempo establecido	Mapa de Riesgos de Corrupción con seguimiento cuatrimestral	3	NA	33%	NA	100%
MIPG: Dimensión: Información y comunicación / Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Realizar seguimiento cumplimiento de requisitos la Ley de Transparencia y acceso a la información (Ley 1712 de 2014)	Informe de seguimiento a los compromisos de Ley de transparencia	2	50%	NA	100%	NA
MIPG/ Dimensión Información y comunicación / Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública	Realizar evaluación por parte de la OCI para identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la entidad para promover la participación en la implementación de los ejercicios de rendición de cuentas.	Informe elaborado de evaluación de la promoción de la participación ciudadana de la entidad en la rendición de cuentas	1	NA	100%	NA	NA

MIPG/ Dimensión Control Interno / Política Control Interno	Realizar reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Reuniones realizadas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	6	17%	17%	50%	67%
	Realizar evaluación desempeño institucional por procesos	Informe elaborado de evaluación del desempeño institucional por procesos	1	100%	NA	NA	NA
Liderazgo Estratégico	Realizar seguimiento a la austeridad en el gasto	Informes de Austeridad en el gasto elaborados	4	25%	50%	75%	100%
	Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de desarrollo	Informes elaborados de seguimiento al cumplimiento del POA	1	100%	NA	NA	NA
	Realizar seguimiento a la ejecución del plan anticorrupción	Informes elaborados de seguimiento al plan Anticorrupción	3	NA	33%	67%	100%
	Participación en los comités institucionales Gestión y desempeño Defensa judicial Sostenibilidad contable Compras Control interno	Participación en comités institucionales	5	80%	100%	100%	100%

	Informe de Control Interno Contable	Informe de Control Interno Contable, presentado a la Contaduría General de la Nación	1	100%	NA	NA	NA
	Informe sobre las quejas, sugerencias y reclamos.	Informe sobre las quejas, sugerencias y reclamos presentados a gerencia	2	50%	100%	NA	NA
	Informe Derechos de Autor Licencias de software	Informe de derechos de autor presentado a Dirección Nacional de Derechos de autor	1	100%	NA	NA	NA
Evaluación de la gestión del riesgo	Realizar seguimiento a los mapas de riesgo	Numero de Informes de seguimiento	2	50%	NA	50%	100%
Evaluación y seguimiento	Formular Plan de auditorías internas	Programa de Auditorías internas formulado	1	100%	NA	NA	NA
	Ejecutar Plan de auditorías internas	Programa de Auditorías internas ejecutado	90%	17%	33%	50%	83%
	Informes a Gerencia de las auditorías realizadas	Informes presentados a gerencia de auditorías realizadas	100 %	100%	100%	100%	100%



	Realizar evaluación independiente al Sistema de Control Interno de la entidad	Informe semestral	2	100%	NA	100%	NA
Relación con Entes Externos de control	Realizar acompañamiento o en la visita de auditoría de la Contraloría General del Quindío a la entidad	Acompañamiento realizado durante la visita de auditoría de la CGQ	1	NA	NA	NA	NA
	Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento institucional suscrito con la CGQ	Numero de seguimiento al plan de mejoramiento	3	33%	NA	67%	100%
				68%	63%	76%	94%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **OCHO (8) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **DIECINUEVE (19) ACTIVIDADES**, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **OCHO (8) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **OCHO (8)** presentan **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades, en los diferentes trimestres y/o durante toda la vigencia.
- De **DIECINUEVE (19) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **DIECIOCHO (18)** reflejan **100%** de cumplimiento en alguno de los trimestres, y/o durante la vigencia.

- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Seguimiento Plan de Mejoramiento.
- Informe de seguimiento al plan de transición al programa de transparencia y ética pública
- Auditoría Especial a la Matriz de Riesgos y Controles.
- Informe semestral de PQRS
- Informes de Austeridad del Gasto correspondientes
- Informe de seguimiento al plan de transición al programa de transparencia y ética pública
- Informe de Derechos de Autor

TALENTO HUMANO

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.**

PROGRAMAS/PROCESO/ SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIFC)	Ejecutar el cronograma del Plan Institucional de Capacitación (PC) para los colaboradores.	No. actividades realizadas/No. actividades programadas. Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIFC),	90%	25%	50%	75%	100%
	Realizar seguimiento semestral al cumplimiento del cronograma del plan de capacitación institucional	Realizar evaluación semestral al cumplimiento de las actividades realizadas en el Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIFC), con cada proceso.	2	NA	50%	NA	100%
MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR	Evaluación semestral del cumplimiento de las rutas de creación de valor: RUTA DE LA FELICIDAD La felicidad nos hace productivos. RUTA DEL SERVICIO Al servicio de los ciudadanos. RUTA DE LA CALIDAD La cultura de hacer las cosas bien. RUTA DEL	Informe semestral del estado de las Rutas de creación de valor RUTA DE LA FELICIDAD La felicidad nos hace productivos. RUTA DEL SERVICIO Al servicio de los ciudadanos. RUTA DE LA CALIDAD La cultura de hacer las cosas bien. RUTA DEL	2	NA	50%	NA	100%

	CRECIMIENTO Liderando talento. RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS - INFORMACIÓN Conociendo el talento	CRECIMIENTO Liderando talento. RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS - INFORMACIÓN Conociendo el talento					
MIPG: Plan estratégico de Talentos Humanos: (PETH): RUTA DE LA INFORMACIÓN: Conociendo el talento. SIGEP	Ejecución de actividades de Inducción	Estrategia de inducción ejecutado	100%	NA	50%	NA	100%
	Evaluación de la eficacia de la implementación de la inducción	Evaluar la eficacia de las actividades ejecutadas para la inducción del personal	2	NA	50%	NA	100%
	Seguimiento y validación de los trabajadores que ingresan nuevos a la institución.	Seguimiento y validación de los trabajadores que ingresan nuevos a la institución.	3	NA	33%	67%	100%
	Ejecución de actividades de reinducción	Estrategia de reinducción ejecutado	100%	NA	50%	NA	100%
	Evaluación de la eficacia de la implementación de la Reinducción	Evaluar la eficacia de las actividades ejecutadas para la reinducción	2	NA	50%	NA	100%
MIPG: Política de Integridad	Socialización del Código de Integridad	No. actividades realizadas de socialización del Código de Integridad / No. actividades programadas.	3	NA	67%	NA	100%
	Definición y ejecución de las estrategias de medición de adherencia al Código de Integridad, cruzando con PQRS, denuncias y conocimiento en campo	Medición de la adherencia del personal al Código de Integridad cruzando con PQRS, denuncias y conocimiento en campo	1	NA	NA	NA	100%

MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: Evaluación de la Satisfacción del Cliente Interno	Realización de la medición del clima laboral	Estudio de medición del clima laboral realizado	1	NA	NA	NA	100%
MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: RUTA DE LA INFORMACIÓN (Análisis de datos): Conociendo el talento: Análisis de Carga Laboral y Estudios de la Planta de personal	Socialización de manual de funciones	Socialización de manual de funciones	1	NA	100%	NA	NA
	Realización de reglamento interno de trabajo	Realización de reglamento interno de trabajo	1	50%	60%	75%	80%
• MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: RUTA DEL CRECIMIENTO, Liderando talento. Plan de Estímulos e Incentivos	Documentación, ejecución y evaluación del Plan de Bienestar e incentivos	Ejecutar el Plan de Bienestar e Incentivos (Incluido en el Plan Estratégico). Cuantas actividades se programaron	≥90%	25%	50%	75%	100%
MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Elaboración del plan anual de Trabajo del SG-SST	Elaboración del plan anual de Trabajo del SG-SST	1	100 %	NA	NA	NA
	Elaboración y ejecución del plan anual de Trabajo del SG-SST	Porcentaje de ejecución del plan anual de Trabajo del SG-SST	≥90%	23%	40%	58%	84%
MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: (PETH): RUTA DE LA INFORMACIÓN (Análisis de datos): Conociendo el talento. SIGEP	Mantenimiento y actualización de la base de datos que permita visualizar en tiempo real la planta de personal y generar reportes	Porcentaje de servidores y contratistas con hojas de vida y vinculación completa al SIGEP	100%	100 %	100%	100 %	100%
MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados	Revisar PGIRASA y de requerirse, presentarlo para aprobación a la Secretaría Departamental de Salud	PGIRASA actualizado y aprobado	1	70%	70%	75%	75%

DECRETO 780 DE 2016. TÍTULO 10 GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados	Ejecución y seguimiento del Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud PGIRASA	PGIRASA ejecutado	100%	90%	90%	90%	90%
Plan de Desarrollo Institucional 2025-2028 Línea de Acción: Talento Humano	Proporción de cumplimiento del plan de gestión ambiental.	Número de actividades ejecutadas para la gestión ambiental x 100 / Total actividades programadas para la gestión ambiental.	30%	NA	50%	63%	63%
				80%	61%	81%	89%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **TRECE (13) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **TREINTA (30) ACTIVIDADES**, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **TRECE (13) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **DOCE (12)** presentan **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades, en los diferentes trimestres y/o durante toda la vigencia.
- De **TREINTA (30) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **VEINTITRES (23)** reflejan **100%** de cumplimiento en algunas de las actividades durante la vigencia.
- **SEIS (6) DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, cumplieron algún porcentaje de cumplimiento.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Socialización de reglamento interno institucional
- Elaboración y ejecución del plan anual de Trabajo del SG-SST
- Revisar PGIRASA y de requerirse, presentarlo para aprobación a la Secretaría Departamental de Salud
- Proporción de cumplimiento del plan de gestión ambiental.

FINANCIERA

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.**

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROC	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Direccionamiento Estratégico y Planeación: Política Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público	Publicación mensual de los estados financieros contables	Estados contables elaborados	12	25%	50%	75%	100%
	Presentación informe trimestral CHIP a la Contaduría General de la Nación	Informes trimestrales CHIP presentados oportunamente a la Contaduría General de la Nación	4	25%	50%	75%	100%
	Presentación informes trimestrales Decreto 2193 de 2004	Informes trimestrales Decreto 2193 de 2004 presentados oportunamente	4	25%	50%	75%	100%
	Proyección y presentación del presupuesto a la Junta Directiva	Proyecto de Presupuesto	1	NA	NA	NA	100%
Plan de Austeridad en el Gasto (Decreto 1009 / julio de 2020) Presupuesto	Formulación del plan de austeridad en el gasto de la ESE.	Plan de austeridad en el gasto de la ESE. Formulados	100%	100%	NA	NA	NA
	Implementación del plan de austeridad en el gasto de la ESE.	Plan de austeridad en el gasto de la ESE Implementado (Nº de actividades ejecutadas / Nº	>=90%	86%	71%	57%	57%



		de actividades programadas en el plan de austeridad).					
	Presentar informe Trimestral CUIPO a la Contaduría General de la Nación	Informes Trimestrales CUIPO presentados a la Contaduría General de la Nación	4	25%	50%	75%	100%
MIPG: Direccionamiento Estratégico y Planeación: Política Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público:	Seguimiento de manera anual a las negociaciones generados con las entidades responsables de pago.	Seguimiento de manera anual a las negociaciones generados con las entidades responsables de pago.	1	NA	NA	NA	100%
	Implementación del módulo de costos en el sistema de información de la entidad.	Módulo de costos implementado.	20%	0%	0%	0%	0%
	Elaboración mensual de las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos	Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos	12	25%	50%	75%	100%
MIPG: Direccionamiento Estratégico y Planeación: Política Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público: Cartera	Participación en Mesas de Saneamiento de Cartera y Aclaración de Cuentas del sector salud, Cruce de información con Entidades Responsables de Pago lo cual permita el saneamiento de cartera y la aclaración de cuentas entre las partes	Participación en mesas de conciliación realizadas	4	25%	50%	75%	100%



	Gestionar el cobro de cartera a particulares	Informes mensuales de gestión de cobro de cartera a particulares	12	25%	50%	75%	100%
	Fortalecer la gestión de recaudo de cartera	Valor de recaudo de vigencia actual / Valor total facturación radicada de la vigencia actual	>=75%	83%	87%	88%	89%
	Identificación mensual de pagos de las ERP	Pagos identificados / Pagos recibidos	> 70%	92,47%	104,58%	99,68%	99%
	Presentar informes trimestrales de la Circular 030	Presentar informes trimestrales de la Circular 030	4	25%	50%	75%	100%
	Realización de cobros prejurídicos y jurídicos	Cobros prejurídicos y jurídicos realizados / Cobros prejurídicos y jurídicos solicitados	100%	100%	100%	100%	100%
	Radicación de facturación ante las Entidades Responsables de Pago	Facturación radicada antes las ERP / Facturación generada	> 80%	68%	79%	75%	78%
Plan de Capacitaciones del proceso financiero	Cronograma de capacitaciones al interior del proceso financiero	Cumplimiento del cronograma de capacitaciones realizadas al interior del proceso financiero	> 90%	33%	NA	100%	NA



Comités institucionales	Realización de reuniones del Comité de sostenibilidad contable	Reuniones bimestrales de Comité efectuadas	6	33%	50%	100%	100%
				47%	59%	76%	89%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **SEIS (6) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **DIECINUEVE (19) ACTIVIDADES**, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **SEIS (6) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **LOS SEIS (6)** presentan actividades que cumplieron el **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades y/o durante toda la vigencia.
- De **DICINEUVE (19) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **TRECE (13)** reflejaron el 100% del cumplimiento de la meta en la vigencia.
- **TRES (3) DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, fueron realizadas y cumplieron algún porcentaje de cumplimiento.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Plan de austeridad en el gasto de la ESE Implementado (Nº de actividades ejecutadas / Nº de actividades programadas en el plan de austeridad).
- Diseñar estrategias que permitan Fortalecer la gestión de recaudo de cartera en la ESE

- Realizar la radicación de la facturación ante las entidades responsables de pago, garantizando el cumplimiento de los plazos y procedimientos establecidos
- Implementar el módulo de costos en el sistema de información de la entidad, garantizando su operatividad y la correcta gestión de la información financiera.
- Continuar con el monitoreo permanente del subproceso de facturación, incluyendo ingresos abiertos, facturación anulada, facturas de contado sin conversión a crédito y facturas devueltas, así como dar seguimiento a la oportuna radicación de cuentas, la respuesta a glosas y devoluciones, con el fin de garantizar el adecuado reconocimiento por parte de las EAPB de las cuentas por los servicios prestados.
- Garantizar el cumplimiento de los lineamientos y decisiones de los comités de sostenibilidad contable, asegurando la adecuada gestión contable de la entidad.
- Llevar a cabo la valuación de los activos de la entidad para garantizar la actualización y exactitud de la información financiera.

SISTEMAS DE INFORMACION

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.**

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	MET A	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Dimensión Gestión con valores para resultados: Política Digital Gobierno Servicio al ciudadano	Publicación en la página web de la entidad, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" la información exigida por Ley 1712 de 2014 y demás normatividad aplicable.	Información publicada en la página web según requerimientos de Ley de Transparencia y acceso a la información	> 70%	30%	50%	82%	75%
MIPG Dimensión Gestión con Valores para Resultados / Política de Gobierno Digital	Elaboración del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información "PETI", aprobarlo y subirlo a la página web	Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI) elaborado, aprobado y en página web	1	100 %	NA	NA	100 %
	Implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información "PETI"(Capacitación en el manejo de las herramientas tecnológicas del hospital)	No. actividades realizadas/No. actividades programadas en el PETI	70%	25%	50%	75%	88%
MIPG Dimensión Gestión con Valores para Resultados / política de Seguridad Digital	Documentar el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información elaborado, aprobado y en página web	1	100 %	NA	NA	100 %

	Ejecución del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	No. actividades realizadas/No. actividades programadas en el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital	70%	33%	67%	75%	75%
	Documentar el Plan de Seguridad y privacidad de la información.	Plan de Seguridad y privacidad de la información. Elaborado, aprobado y en página web.	1	100 %	NA	NA	100 %
	Ejecución del Plan de Seguridad y privacidad de la información.	No. actividades realizadas del Plan de Seguridad y privacidad de la información. /No. actividades programadas del Plan de Seguridad y privacidad de la información.	80%	30%	60%	80%	80%
	Elaboración del diagnóstico de necesidades de cableado estructurado incluirlos en el plan de compras según disponibilidad presupuestal	Diagnostico elaborado e inclusión del cableado estructurado.	1	NA	NA	NA	0%
	Adquirir licencias de software para todos los equipos de la entidad	No. equipos con licencia / Total de equipos de cómputo de la entidad	100%	100 %	100 %	100 %	100 %
Gestión de la información	Elaboración del diagnóstico de necesidades de tecnología informática e incluirlos en el plan de compras según disponibilidad	Diagnóstico elaborado e inclusión de equipos en el plan de compras.	1	100 %	NA	NA	100 %

	presupuestal						
	Ejecución del Mantenimiento preventivo equipos de cómputo	Cronograma de mantenimiento preventivo equipos de cómputo elaborado	1	100 %	NA	NA	100 %
		No. actividades realizadas del Plan de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo. /No. actividades programadas	2	NA	50%	NA	100 %
	Seguimiento de las copias de seguridad de la información de los funcionarios.	Informes de seguimiento a copias de seguridad por procesos	2	50%	NA	NA	100 %
	Matriz de riesgos de sistemas de información con matriz física y electrónica.	Matriz de riesgos de sistemas de información con matriz física y electrónica.	1	NA	NA	NA	100 %
	Elaboración del diagnóstico de necesidades de parametrización e inclusión de las interfases de los diferentes módulos de CNT.	Elaboración del diagnóstico de necesidades de parametrización e inclusión de las interfases de los diferentes módulos de CNT.	1	NA	100 %	NA	100 %
MIPG: Autodiagnóstico de gestión de la información Estadística	Presentación de Informes de oportunidad a las diferentes entidades de salud.	Presentación de Informes de oportunidad a las diferentes entidades de salud.	12	25%	50%	75%	100 %

	Ajustar los procedimientos del área de estadística.	Ajustar los procedimientos del área de estadística.	1	NA	NA	NA	0%
	Elaborar Informe trimestral con base en la información de los RIPS para presentar a Junta Directiva	Presentar Informe trimestral de RIPS	4	25%	50%	75%	100 %
Decreto 3518 de 2006. Epidemiología	Elaborar Informe Anual de Eventos de Interés en Salud Pública de la población atendida por la ESE	Informe de EISP elaborado	1	NA	100 %	NA	100 %
	Socializar Informe Anual de Eventos de Interés en Salud Pública de la población atendida por la ESE	Informe EISP socializado	1	NA	100 %	NA	100 %
	Capacitaciones al personal sobre protocolos de eventos de interés en salud pública.	Capacitaciones al personal sobre protocolos de eventos en salud pública.	12	42%	75%	83%	92%
	Seguimiento mensual por medio de la BAI al cumplimiento de la adherencia a los protocolos en temas de interés en salud pública.	Seguimiento mensual por medio de la BAI al cumplimiento de la adherencia a los protocolos en temas de interés en salud pública.	12	25%	50%	75%	100 %
				59%	69%	80%	87%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **SEIS (6) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **VEINTIUN (21) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **SEIS (6) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO, CINCO (5)** presentan actividades que cumplieron el **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades y/o durante toda la vigencia.
- De **VEINTIUN (21) ACTIVIDADES PROGRAMADAS, QUINCE (15)** reflejaron el 100% del cumplimiento de la meta en la vigencia y/o en algunos de los trimestres.
- **SEIS (6) DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, fueron realizadas y cumplieron algún porcentaje de cumplimiento.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Elaboración del diagnóstico de necesidades de cableado estructurado incluirlos en el plan de compras según disponibilidad presupuestal.
- Ajustar los procedimientos del área de estadística.
- Actualizar periódicamente la página web con el fin de garantizar su vigencia y dar cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Evaluar las necesidades de hardware, software y de información por procesos, y analizar la situación actual de la gestión de TI en el PETI, con el fin de orientar la planificación y mejora de los recursos tecnológico.

GESTION DOCUMENTAL

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.**

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Información y comunicación: Política de Gestión Documental. Decreto 1081 de 2015	Diagnóstico de la gestión documental (identificándose y evaluando las necesidades y fortalezas)	Documento con Diagnóstico de Gestión documental	1	NA	100%	NA	NA
	Actualizar el registro de Activos de Información (Artículo 2.1.1.5.1.1 Decreto 1081 de 2015):	Registro de Activos de Información (Artículo 2.1.1.5.1.1 Decreto 1081 de 2015):	100%	NA	100%	NA	NA
	Actualizar el Índice de Información Clasificada y Reservada	Índice de Información Clasificada y Reservada (Artículo 2.1.1.5.2.1 Decreto 1081 de 2015)	1	NA	100%	NA	NA
	Actualizar el esquema de Publicación de Información	Esquema de Publicación de Información (Artículo 2.1.1.5.3.1 Decreto 1081 de 2015)	1	NA	100%	NA	NA
	Socializar la Política de Conservación de la información documental	Política de Conservación de la información documental socializada	2	NA	50%	NA	100%

Documentar el Sistema Integrado de Conservación de archivos SIC	Sistema Integrado de Conservación de archivos documentado	100%	NA	50%	50%	100%
Elaborar el Cronograma para transferencia Documentales	Cronograma para transferencia elaborada	1	100%	NA	NA	NA
Ejecutar el Cronograma para transferencia Documentales	Cronograma para transferencia ejecutada	90%	NA	8%	15%	96%
Socializar Tabla de Retención Documental.	Porcentaje de lideres de procesos con Tabla de Retención Documental socializada	1	100%	NA	100%	NA
Socialización del instructivo de mensajería y correspondencia	Instructivo de gestión de correspondencia y mensajería socializado	2	50%	NA	100%	NA
Seguimiento a la adherencia al instructivo de mensajería y correspondencia	Seguimiento y auditoria a los procesos correspondientes al instructivo de mensajería y correspondencia	1	NA	NA	NA	100%
Elaboración del Plan institucional de archivos - PINAR	Documento PINAR elaborado y aprobado	1	100%	NA	NA	NA
Implementación del Plan institucional de archivos - PINAR	Realizar el Inventario único de Documentos. (inventario de las historias clínicas Puesto de Salud Pueblo Tapao)	15%	NA	NA	NA	
	Parametrización de las tablas de control de acceso TCA	100%	NA	NA	100%	NA

		Documentar el proceso de gestión Electrónica de documentos SGDE	1	100%	NA	NA	NA
		Socializar el PINAR	2	50%	NA	100%	NA
	Establecer de manera integral y sistemática el Programa de Gestión Documental, con los procesos y procedimientos archivísticos de los documentos del Hospital Roberto Quintero Villa ESE de Montenegro, garantizando seguridad, confiabilidad, oportunidad y transparencia para la toma oportuna de decisiones	Programa de Gestión Documental - PGD, documentado	1	100%	NA	NA	NA
		Socializar el Programa de Gestión Documental - PGD	2	50%	NA	100%	NA
		No. actividades realizadas/No. actividades programadas del PGD	75%	15%	35%	60%	94%
				67%	61%	70%	98%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **UN (1) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **DICINUEVE (19) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De **DIECINUEVE (19) ACTIVIDADES PROGRAMADAS, DICISEIS (16)** reflejaron el 100% del cumplimiento de la meta en la vigencia, o en algunos de los trimestres.
- **DOS (2) DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, fueron realizadas y cumplieron algún porcentaje de cumplimiento.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

Recomendaciones para la mejora

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Realizar el Inventario único de Documentos. (inventario de las historias clínicas Puesto de Salud Pueblo Tapao)
- Evaluar la aplicabilidad de las tablas de retención documental, asegurando que se ajusten a las necesidades operativas y normativas de la entidad.
- Documentar e implementar el Sistema Integrado de Conservación de Archivos, asegurando la correcta gestión, custodia y preservación de la información institucional
- Documentar las tablas de valoración documental, asegurando que reflejen correctamente la clasificación, conservación y disposición de los documentos institucionales
- Documentar el proceso de gestión electrónica de documentos, asegurando la correcta administración, almacenamiento y trazabilidad de la información institucional
- Elaborar, aprobar e implementar el Sistema Integrado de Conservación (SIC), asegurando la adecuada gestión, custodia y preservación de los documentos institucionales

COMPRAS BIENES Y SUMINISTRO

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META** Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Direccionamiento Estratégico y Planeación - Política Gestión Presupuestal	Elaboración del Plan Anual de adquisiciones	Plan Anual de Adquisiciones aprobado por el comité de compras y publicado en la página web y en el SECOP	1	100%	NA	NA	NA
	Hacer seguimiento a la ejecución del Plan Anual de adquisiciones	Informes trimestrales de cumplimiento	4	25%	50%	75%	100%
Plan de Austeridad en el Gasto (Decreto 1009 / julio de 2020): Compras y suministros - Inventarios	Realizar reportes oportunos al SIGA	Reportes semestrales en el SIGA gestión de activos bienes inmuebles	2	50%	NA	100%	NA
	Realización del inventario de consumo de almacén	Inventarios realizados semestralmente	2	NA	NA	50%	100%
	Presentar informes de los inventarios de almacén realizados	Informes de los inventarios de almacén realizados	2	NA	NA	50%	100%
	Presentación de informes de selección, evaluación y reevaluación de proveedores de conformidad con el proceso establecido	Informes trimestrales de selección y evaluación de proveedores	4	25%	50%	75%	100%
		Informe anual de reevaluación de proveedores	1	100%	NA	NA	NA
	Reuniones de comité de compras	reuniones de comité de compras.	4	25%	50%	75%	100%

MIPG: Gestión con Valores para resultados: Activos fijos	Realizar inventario Activos fijos	Inventario realizado de activos fijos de la institución.	2	NA	NA	50%	100%
	Reportar de manera oportuna las novedades encontradas en los inventarios de archivos fijos y realizar actualizaciones pertinentes	Reporte de novedades y gestión de hallazgos en inventarios de archivos fijos	90%	NA	NA	100%	100%
MIPG: Gestión con Valores para resultados: baja de bienes	Reuniones comité de bajas	Reuniones realizadas	2	NA	NA	NA	50%
	Verificar con contabilidad que los activos fijos que han sido dados de baja del módulo de inventarios, sean retirados igualmente del módulo de contabilidad de CNT	Conciliación inventarios con contabilidad	2	NA	NA	NA	0%
				54%	50%	72%	83%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **CUATRO (4) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **ONCE (11) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **CUATRO (4) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **TRES (3)** presentan actividades que cumplieron el **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades y/o durante toda la vigencia.
- De **ONCE (11) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **NUEVE (9)** reflejaron el 100% del cumplimiento de la meta en la vigencia, o en algunos de los trimestres.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Registrar y reportar de manera oportuna las novedades en los inventarios de activos fijos, actualizando la información según sea necesario, para garantizar datos confiables que respalden las acciones de control de la entidad
- Llevar a cabo conciliaciones entre las áreas de Almacén y Contabilidad para corregir y sanear los saldos del inventario, garantizando la confiabilidad de la información financiera y administrativa
- Evaluar de manera integral a todos los proveedores de la institución, asegurando que cumplan con los estándares de calidad, cumplimiento contractual y desempeño requeridos
- Revisar y actualizar, cuando corresponda, la resolución de conformación del comité de compras, asegurando que sus integrantes y funciones estén debidamente vigentes y en cumplimiento normativo.
- Llevar a cabo Reuniones comité de bajas.
- Llevar a cabo Las conciliaciones de inventarios con contabilidad.

MANTENIMIENTO

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META** Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Sistema Único de Habilitación: Mantenimiento Hospitalario	Elaboración del Plan de Mantenimiento Hospitalario con su respectivo cronograma	Plan de Mantenimiento Hospitalario elaborado Presentado a la secretaria de Salud Departamental	1	100%	NA	NA	NA
	Presentación oportuna de los informes trimestrales de mantenimiento hospitalario a la secretaria de Salud Departamental	Informes presentados de mantenimiento hospitalario	4	25%	50%	75%	100%
	Realización del inventario de las herramientas para mantenimiento hospitalario.	Inventarios realizados de manera semestral	2	50%	NA	100%	NA
	Ejecución del cronograma de Mantenimiento Preventivo de Planta Física de la sede principal y Pueblo tapao acorde a cronograma	Actividades de mantenimiento de Planta Física ejecutadas / Total actividades programadas	>95%	25%	53%	79%	95%
MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados. DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Sistema Único de Habilitación: Mantenimiento	Ejecución cronograma de mantenimiento preventivo de equipo industrial y de uso hospitalario: Planta eléctrica	Actividades de mantenimiento ejecutadas / Total actividades programadas	>95%	NA	33%	67%	100%

Hospitalario: industrial y de uso hospitalario	Equipo de la sede principal y Pueblo tapao						
	Ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo de equipo industrial y de uso hospitalario: ascensor	Actividades de mantenimiento ejecutadas / Total actividades programadas	>95%	NA	25%	50%	75%
	Elaboración del cronograma de mantenimiento preventivo de equipo industrial y de uso hospitalario: aire acondicionado	Actividades de mantenimiento ejecutadas / Total actividades programadas	>95%	NA	33%	67%	100%
	Elaboración del cronograma de mantenimiento preventivo de equipo industrial y de uso hospitalario: neveras y refrigeradores	Actividades de mantenimiento ejecutadas / Total actividades programadas	>95%	NA	33%	67%	100%
	Elaboración del cronograma de mantenimiento preventivo de equipo industrial y de uso hospitalario: sistema de bombeo	Actividades de mantenimiento ejecutadas / Total actividades programadas	>95%	33%	NA	67%	100%
	Cronograma de mantenimiento preventivo de Parque automotor	Actividades de mantenimiento ejecutadas / Total actividades programadas	>95%	25%	50%	75%	100%
	Renovación de certificación técnico mecánica y SOAT de	Porcentaje de vehículos automotores con documentación	100%	100%	100%	100%	100%

	parque automotor	vigente					
MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIFC)	Plan de capacitación anual del personal a cargo de Mantenimiento en temas relacionados con sus funciones.	Plan de capacitación anual del personal a cargo en temas relacionados con sus funciones.	1	100%	NA	NA	NA
	Cumplimiento al plan de capacitación del proceso	Número de actividades ejecutadas / Total de Actividades capacitación programadas	>90%	NA	50%	67%	83%
MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados. DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Sistema Único de Habilitación: estándar dotación- Tecnología Biomédica	Inventario de equipo biomédico	Inventario actualizado de equipos biomédicos de la institución conforme a los requerimientos del estándar de dotación del SUH	1	100%	NA	NA	100%
	Evaluación del programa de mantenimiento preventivo de equipo biomédico	Cumplimiento al Cronograma de mantenimiento elaborado	100%	15%	50%	75%	100%
	Realización de la metrología de los equipos biomédicos que lo requieran de acuerdo a cronograma institucional	Cronograma de mitología	100%	NA	NA	NA	100%
MIPG: Dimensión Evaluación de resultados: Política Evaluación de resultados. DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA	Actualización e implementación del programa de tecnovigilancia, consulta de alertas	Documento del Programa actualizado	>90%	100%	NA	100%	100%

CALIDAD: Tecnovigilancia	SUH	Reporte trimestral de eventos en tecnovigilancia	Reportes realizados al Invima	4	25%	50%	75%	100%
		Elaboración de guías de uso rápido	guías de uso rápidas elaboradas	48	100%	100%	100%	NA
		Implementación y socialización de guías de uso rápido	Porcentaje de servicios con guías de uso rápida socializadas	>90%	NA	NA	NA	17%
		Elaboración y ejecución del cronograma de Formación del proceso de mantenimiento - tecnovigilancia	Plan de Formación del proceso de mantenimiento - tecnovigilancia elaborado y ejecutado anualmente.	100%	NA	33%	67%	100%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **CINCO (5) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **VEINTIUN (21) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **CINCO (5) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **CINCO (5)** presentan actividades que cumplieron el **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades y/o durante toda la vigencia.
- De **VEINTIUN (21) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **DIECISEIS (16)** reflejaron el 100% del cumplimiento de la meta en la vigencia, o en algunos de los trimestres.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- La Ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo de equipo industrial y de uso hospitalario: ascensor
- Cumplimiento al plan de capacitación del proceso, plan estratégico de Talento Humano: Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIFC).
- El porcentaje de servicios con guías de uso rápida socializadas
- laborar y ejecutar un cronograma de mantenimiento alineado con el documento adoptado, garantizando la adecuada planificación y control de las actividades de mantenimiento
- Priorizar y gestionar las inversiones en infraestructura y dotación, basándose en el informe de autoevaluación de habilitación presentado por el responsable del proceso de calidad, para garantizar el cumplimiento de los estándares institucionales y normativos

CONSULTA EXTERNA- PROMOCION Y PREVENCION

Se detalla a continuación uno a uno **los PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META.** Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
Rutas de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal - Resolución 3280 de 2018	Actualización y ajustes de las plantillas de Historia Clínica acorde con el nuevo modelo de atención en salud (RIAS).	Actualización y ajustes de las plantillas de Historia Clínica acorde RUTAS de atención de promoción y mantenimiento de la salud	≥90%	NA	NA	NA	NA
		Actualización y ajustes de las plantillas de Historia Clínica acorde RUTAS de atención materno perinatal	≥90%	100%	NA	NA	NA
	Capacitación al personal en las RIAS de PMS Y MPN	% de personal capacitado de Consulta Externa en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	≥90%	93%	93%	NA	NA
		% de personal capacitado Consulta Externa, Urgencias y Sala de Partos en la Ruta Materno Perinatal.	≥90%	52%	52%	NA	52%
	Mediciones de la eficacia de las capacitaciones	Mediciones realizadas	4	25%	50%	NA	50%

	Monitorear las coberturas curso de vida de los programas de PyD.	No. de monitoreos realizados /total de monitoreos programados.	12	25%	50%	75%	100%
	Auditoria a las rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud	No. de auditoria realizadas /total de auditorías programadas.	12	25%	50%	75%	100%
	Auditoria a las Ruta Materno Perinatal	No. de auditoria realizadas /total de auditorías programadas.	12	25%	50%	75%	100%
	Realizar reuniones mensuales del Comité de Promoción y Mantenimiento de la Salud	No. Reuniones del Comité de PMS-MPN realizadas	12	17%	42%	67%	92%
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: SUH	Ejecutar las acciones a cargo del proceso de consulta externa del plan de sostenimiento de habilitación	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de choque	100%	33%	50%	67%	83%
	Instaurar el plan de capacitación del área de vacunación	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Capacitación de Vacunación	100%	42%	75%	100%	100%
		Medición de la adherencia a las capacitaciones del área de vacunación	2	NA	50%	NA	100%
MIPG: Dimensión Gestión con valores para resultados / Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Reevaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso	Riesgos de gestión y controles evaluados trimestralmente	4	25%	50%	75%	100%
				42%	56%	76%	97%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **TRES (3) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **TRECE (13) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **TRECE (3) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **TRES (3)** presentan actividades que cumplieron el **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades y/o durante toda la vigencia.
- De **TRECE (13) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **OCHO (8)** reflejaron el 100% del cumplimiento de la meta en la vigencia, o en algunos de los trimestres.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Capacitación al personal en las RIAS de PMS Y MPN
- Mediciones de la eficacia de las capacitaciones
- Ejecutar las acciones a cargo del proceso de consulta externa del plan de sostenimiento de habilitación
- Capacitar a todo el personal en la medición de la adherencia a las guías de práctica clínica vinculadas a las principales causas de morbilidad del servicio ambulatorio, con el fin de fortalecer la calidad de la atención y la seguridad del paciente
- Llevar a cabo un estudio de costos sobre la implementación de las Rutas de Atención Integral en Salud, con el fin de optimizar la asignación de recursos y garantizar la eficiencia en la prestación de los servicios
- Dar seguimiento a los indicadores asistenciales contemplados en la evaluación del Plan de Gestión de Gerencia (Resolución 408 de 2018), con el fin de garantizar el cumplimiento de metas y la mejora continua de la atención

ODONTOLOGIA

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.**

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Prácticas seguras	Socialización del protocolo de esterilización	Protocolo de esterilización socializado con el personal de Odontología	2	NA	50 %	100 %	NA
	Socialización del protocolo de bioseguridad.	Protocolo de bioseguridad. socializado con el personal de Odontología	2	NA	50 %	100 %	NA
	Capacitación y medición de la adherencia a las Guías de Práctica clínica relacionadas con las primeras causas de morbilidad del servicio odontología	Capacitar de manera semestral al personal del servicio de odontología, en las GPC adoptadas en la ESE y que aplican al servicio	2	NA	50 %	NA	100 %
		Evaluar de semestral al personal del servicio de odontología, en las GPC adoptadas en la ESE y que aplican al servicio	2	NA	50 %	NA	100 %
		Socialización de las auditorías internas	4	25%	50 %	75%	100 %



	Ajustar documentación de la Información al paciente sobre: Preparación. Recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones	Ajustar documentación Información al paciente sobre: Preparación. Recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones, documentada	1	100 %	NA	NA	NA
	Socialización y evaluación al personal el tema de Información y al paciente sobre: Preparación. Recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones	Socializar semestralmente al personal Información al paciente sobre: Preparación. Recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones	2	NA	50 %	100 %	NA
		Evaluar de manera semestral Información al paciente sobre: Preparación. Recomendaciones post procedimiento, controles y posibles complicaciones	2	NA	50 %	100 %	NA
	Verificación del recurso de dispositivos odontológicos soportado evidencias científicas. en	Aplicar lista de chequeo para verificar el manejo adecuado de recurso de los dispositivos médicos odontológicos monitoreados mensualmente	12	25%	50 %	75%	100 %

DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Consulta externa- odontología	Revisión de las condiciones de habilitación exigidas en la Resolución 3100 de 2019	Condiciones de habilitación verificadas y gestionadas con calidad y gerencia	2	50%	NA	100 %	NA
MIPG: Dimensión Gestión con valores para resultados / Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Evaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso	Riesgos de gestión y controles evaluados trimestralmente	4	25%	50 %	75%	100 %

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **TRES (3) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **OCHO (8) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **TRECE (3) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **TRES (3)** presentan actividades que cumplieron el **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades y/o durante toda la vigencia.
- De **OCHO (8) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **OCHO (8)** reflejaron el 100% del cumplimiento de la meta en la vigencia, o en algunos de los trimestres.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

- Dar continuidad al despliegue de acciones dirigidas a garantizar el cumplimiento de los requisitos de habilitación establecidos en la Resolución 3100 de 2019, asegurando la conformidad normativa y la calidad de los servicios prestados.
- Evaluar los riesgos de gestión y los controles existentes, identificando oportunidades de mejora que permitan aumentar la eficiencia y efectividad del proceso

URGENCIAS- HOSPITALIZACION

Se detalla a continuación uno a uno los **PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.**

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Resolución 3100 de 2019 SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN	Revisión de las condiciones de habilitación exigidas en la Resolución 3100 de 2019	Condiciones de habilitación verificadas y gestionadas con calidad y gerencia	2	50%	NA	100%	NA
	Revisión de cada uno de los elementos que hacen parte del carro de paro, en todos y cada uno de los servicios donde se disponga de él.	Carros de paro con verificación de sus condiciones	12	25%	50%	75%	100 %
	Verificación de las condiciones de las ambulancias., según la Resolución 3100 de 2019 (Servicio de transporte asistencial)	Servicio de transporte asistencial con semaforización mensual de insumos	12	25%	50%	75%	100 %
	Realización de capacitación y medición de la adherencia a las Guías de Práctica	Socializar con el personal de enfermería los protocolos que aplican al servicio	18	22%	78%	89%	100 %



	clínica relacionadas con las primeras causas del servicio hospitalario	Medir trimestral adherencia a los protocolos por parte del personal de enfermería	4	25%	50%	75%	100 %
		Capacitar al personal médico en las GPC adoptadas en la ESE y que aplican al servicio	100%	25%	50%	75%	83%
		Evaluar de manera trimestral al personal médico en las GPC adoptadas en la ESE y que aplican al servicio	4	25%	50%	75%	100 %
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Resolución 3100 de 2019 SEGURIDAD DEL PACIENTE	Cumplimiento del Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente	Numero de actividades realizadas del programa de seguridad del paciente implementado s/Número total de actividades del Programa de seguridad del paciente	>90%	25%	50%	76%	94%
	Análisis de eventos adversos y atenciones inseguras	Numero de eventos analizados y gestionados / total eventos reportados	>90%	100 %	100%	100%	100 %
	Reporte de indicadores de seguridad del paciente y gestión hospitalaria	Informes mensuales presentados	12	25%	50%	75%	100 %
	Reuniones del Comité de Seguridad del Paciente	Reuniones del Comité de Seguridad del Paciente	12	25%	50%	75%	100 %

		realizadas					
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: PAMEC	Actualizar estrategia ERA	Documento actualizado	1	NA	100%	NA	NA
	Socializar la estrategia ERA	Socializar la estrategia ERA	1	NA	NA	100%	NA
	Medir la eficacia de las capacitaciones de la estrategia de ERA	Medir la eficacia de las capacitaciones de la estrategia de ERA	1	NA	NA	NA	100 %
	Educación para la población de la estrategia ERA	Educación para la población de la estrategia ERA	1	NA	NA	100%	100 %
MIPG: Dimensión Gestión con valores para resultados / Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Evaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso	Riesgos de gestión y controles evaluados trimestralmente	4	25%	25%	75%	100 %
				33%	59%	83%	98%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **CUATRO (4) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **TRECE (13) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **CUATRO (4) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **CUATRO (4)** presentan actividades que cumplieron el **100%**, durante la vigencia o en alguno de los seguimientos.
- De **TRECE (13) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **TRECE (13)** reflejaron el 100% del cumplimiento de la meta en la vigencia, o en algunos de los trimestres.
- Cumplimiento al seguimiento por parte de la Dependencia de Planeación.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Capacitar al personal médico en las GPC adoptadas en la ESE y que aplican al servicio
- Dar continuidad a las acciones destinadas al sostenimiento de los requisitos de habilitación establecidos en la Resolución 3100 de 2019, asegurando el cumplimiento normativo y la calidad continua de los servicios prestados.
- Reevaluar los riesgos de gestión y los controles existentes, identificando oportunidades de mejora que permitan aumentar la efectividad del proceso y garantizar la seguridad del paciente.

LABORATORIO CLINICO

Se detalla a continuación uno a uno los PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: SUH	Revisión de las condiciones de habilitación exigidas en la Resolución 3100 de 2019	Condiciones de habilitación verificadas y gestionadas con calidad y gerencia	2	50%	NA	100%	NA
	Evaluación Externa del Desempeño de pruebas en eventos de interés de salud pública.	No. De evaluaciones externas de pruebas de eventos de interés en salud pública.	100%	25%	50%	75%	100%
	Realizar controles de calidad externos de Hematología y química sanguínea	Porcentaje de controles de calidad externos Hematología y química sanguínea realizados	100%	25%	50%	75%	100%
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Reactivo vigilancia	Revisión y ajuste a documento de reactivo vigilancia	Documento Reactivo vigilancia actualizado (incluir indicadores)	1	100%	NA	NA	NA

	Implementación del Programa de reactivo vigilancia	Socializar al personal del Manual de reactivo vigilancia, sus componentes y responsabilidades	2	NA	50%	NA	100%
		Evaluar al personal sobre la adherencia al Manual de reactivo vigilancia	2	NA	NA	NA	100%
	Implementación de la reactivo vigilancia, con evidencias de la gestión de alertas e informes de seguridad	Soportar la gestión de alertas e informes de seguridad.	12	25%	50%	75%	100%
	Implementación de la reactivo vigilancia, con evidencias de reporte al INVIMA de manera trimestral	Soporte de reporte trimestral o inmediato de Eventos adversos	4	25%	50%	75%	100%
	Presentación semestral en Comité de Seguridad del paciente de los indicadores de seguimiento al Programa de reactivo vigilancia	Informes de seguimiento semestral presentados en de Comité de Seguridad del Paciente	2	NA	NA	50%	100%

DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Prácticas seguras	Realización del Reporte de atenciones inseguras y eventos adversos en el laboratorio clínico al Programa de Seguridad del Paciente	Riesgos reportados mensualmente	12	25%	50%	75%	100%
	Realización del análisis y Plan de mejoramiento de eventos adversos y atenciones inseguras	Atenciones inseguras gestionadas / total de eventos reportados en el laboratorio	>90%	100%	100%	100%	NA
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: PAMEC	Documentar y/o ajustar el procedimiento de exámenes alterados	Documentar y/o ajustar el procedimiento de exámenes alterados	1	NA	100%	100%	NA
	Socialización del procedimiento de exámenes alterados para el reporte de exámenes alterados.	Socialización de procedimiento de exámenes alterados	2	NA	50%	NA	100%
MIPG: Dimensión Gestión con valores para resultados / Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Evaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso	Riesgos de gestión y controles evaluados trimestralmente	4	25%	50%	75%	100%

MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIFC)	Cumplimiento al Plan de Formación y Capacitación del Laboratorio	Número de actividades ejecutadas / Actividades Programadas	>90%	20%	40%	60%	100%
	Medición de adherencia personal a protocolos del servicio	Mediciones de adherencia a protocolos (Toma de muestras y Bioseguridad)	4	25%	50%	75%	100%
				40%	58%	78%	100%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **SEIS (6) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **QUINCE (15) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De las 15 actividades establecidas en el plan de acción de laboratorio clínico, se cumplieron 13 en su totalidad y una con un porcentaje de 50%. Correspondiente a la socialización de los exámenes alterados
- Se tiene implementado y socializado del manual de reactivo vigilancia
- Se socializan los resultados de los indicadores de seguimiento al programa de reactivo vigilancia en el comité de seguridad del paciente.
- Se realiza revisión permanente de las condiciones de habilitación (Resolución 3100 de 2019)
- Se da cumplimiento a las actividades del programa de prácticas seguras
- Se documento el procedimiento de exámenes alterados
- Se mantiene el promedio de entrega de resultados en el servicio de urgencias.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

- Continuar con el despliegue de acciones para el sostenimiento de los requisitos de habilitación exigidos en la Resolución 3100 de 2019.
- Evaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso y la seguridad del paciente.
- Socializar el procedimiento de exámenes alterados con el personal.

SERVICIO FARMACEUTICO

Se detalla a continuación uno a uno los PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Apoyo terapeutico: servicio farmaceutico	Revisión de las condiciones de habilitacion exigidas en la Resolución 3100 de 2019	Gestionar ante la Gerencia la adquisicion de aire acondicionado el area del servicio farmaceutico.	1	100%	NA	NA	NA
	Documentar, socializar y evaluar el protocolo de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío, distribución, dispensación, devolución y disposición final	Ajustar el protocolo anualmente de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío, distribución, dispensación, devolución y disposición final	1	100%	NA	100%	NA
		Socializar el protocolo almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío,	1	NA	100%	NA	100%

		dispensación, manejo de medicamentos de control especial					
		Realizar medición de la adherencia del personal al protocolo de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío, dispensación, devolución y disposición final	1	NA	NA	NA	100%
	Evaluación de la adherencia al Procedimiento de dispensación intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos	Evaluaciones semestrales realizadas al procedimiento de dispensación intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos	2	NA	50%	NA	100%
DECRETO 780 DE 2016. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: SUH Programa Farmacovigilancia	Documentación de la planeación y ejecución del programa de farmacovigilancia, que garantice el seguimiento al uso de medicamentos,	Documento del Programa farmacovigilancia actualizado	1	NA	100%	NA	NA
		Socializar el manual de farmacovigilancia con el personal del servicio farmacéutico	1	NA	100%	100%	NA
		Realizar medición de la adherencia del personal al manual de farmacovigilancia	1	NA	NA	NA	100%

	Reporte de oportuno de los eventos adversos de farmacovigilancia.	Reporte de oportuno de los eventos adversos en los tiempos estipulados a los entes de control cuando se presente.	100%	NA	NA	NA	NA
Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud	Reportar informe de oportunidad en la entrega de medicamentos a las EPS	Informes mensuales presentados oportunamente	12	25%	50%	75%	100%
	Monitorización de pacientes con medicamentos pendientes	Seguimientos mensuales a la entrega de medicamentos pendientes	12	0%	33%	67%	100%
MIPG: Gestión con Valores para resultados: Inventarios y baja de bienes	Realización de Inventarios del servicio farmacéutico	No. Inventarios realizados/ Inventarios programados	4	25%	50%	NA	100%
	Participar activamente en el comité de bajas.	Participar activamente en el comité de bajas.	2	N.A	NA	NA	100%
	Reportar a contabilidad los medicamentos dados de baja para el ajuste de la cuenta contable de inventarios	Conciliación de inventarios del servicio farmacéutico con contabilidad	3	NA	NA	33%	67%
Decreto 2200 de 2005	Realización de reuniones periódicas del Comité de Farmacia y Terapéutica	Reuniones de Comité de Farmacia y Terapéutica realizadas	12	25%	50%	67%	75%
MIPG: Dimensión Gestión con valores para resultados / Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Evaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso	Riesgos de gestión y controles evaluados trimestralmente	4	25%	50%	75%	100%

MIPG: Plan estratégico de Talento Humano: Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIFC)	Cumplimiento al Plan de Formación y Capacitación del Proceso	Número de actividades ejecutadas / Actividades Programadas	>90%	NA	33%	67%	100%
				43%	57%	73%	95%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **SIETE (7) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **TRECE (13) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

ASPECTOS POSITIVOS

- De las 13 actividades programadas en el Plan de acción todas se cumplieron en su totalidad.
- Se realizó evaluación de la adherencia al Procedimiento de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, Control de cadena de frío, manejo de contingencias con la cadena de frío, distribución, dispensación, devolución
- Reporte de forma oportuna del informe SISMED al Ministerio de Salud y Protección Social y de la oportunidad en la entrega de medicamentos a las EPS
- Se realizaron reuniones periódicas del Comité de Farmacia y Terapéutica
- Se realiza medición de la adherencia del personal al manual de farmacéutico
- Se realiza comité de farmacia y se participa activamente en el comité de bajas.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

- Fortalecer la gestión de inventarios del servicio farmacéutico, de manera que se minimicen las diferencias entre las cantidades registradas en el sistema y el inventario físico.
- Parametrizar en el sistema de información CNT el acta de recepción técnica de

medicamentos y dispositivos médicos, de manera que se tenga información completa (número de lote y fecha de vencimiento), veraz, oportuna y segura (inmodificable).

- Continuar con la gestión ante la gerencia de la adquisición del aire acondicionado.

SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO

Se detalla a continuación uno a uno los PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO, ACTIVIDADES, PRODUCTO, META Y CADA UNO DEL SEGUIMIENTO REALIZADO EN CADA TRIMESTRE DE LA VIGENCIA.

PROGRAMAS/ PROCESO/SUBPROCESO	ACTIVIDADES	PRODUCTO	META	I	II	III	IV
				SEGUIMIENTO			
MIPG: Dimensión Gestión con Valores para Resultados - Política Participación ciudadana: Satisfacción del Usuario	Gestionar oportunamente las PQRS de Usuarios Internos y Externos.	Porcentaje de PQRSYF gestionadas dentro de los parámetros establecidos.	> 95%	100%	100%	100%	75%
	Socialización del protocolo de PQRS institucional con el personal de la entidad.	Socialización del protocolo de PQRS institucional con el personal de la entidad.	2	NA	50%	NA	100%
	Realización de la medición de la encuesta satisfacción de los Usuarios trimestralmente dando cumplimiento a la normativa vigente.	Medición de la encuesta satisfacción de los Usuarios realizada trimestralmente	4	25%	50%	75%	100%
	Realizar seguimiento a las acciones de mejora derivadas de las PQRS propuestas por los diferentes servicios	Porcentaje de acciones de mejora derivadas del análisis de PQRS por servicios con seguimiento	>90%	100%	100%	100%	100%
MIPG: Dimensión Gestión con Valores para Resultados - Política Participación ciudadana: Deberes y Derechos del	Capacitación a la asociación de Usuarios	Capacitaciones mensuales con la Asociación de Usuarios realizadas	12	25%	50%	75%	100%

Usuario	Reuniones con el Comité de Ética Hospitalaria	Reuniones del Comité realizadas	12	25%	50%	75%	100%
	Realización anual de la campaña de promoción de los Derechos y Deberes en salud.	Una campaña de promoción de los D y D en salud en el mes de septiembre	1	NA	NA	100%	NA
MIPG: Dimensión Gestión con Valores para Resultados - Política de atención al ciudadano, servicio ciudadano	Realizar el autodiagnóstico de servicio ciudadano	Autodiagnóstico de servicio ciudadano ejecutado	80%	NA	100%	NA	NA
	Realizar el autodiagnóstico de Participación ciudadana	Autodiagnóstico de participación social ejecutado	80%	NA	100%	NA	NA
MIPG: Dimensión Gestión con Valores para Resultados - Política Participación ciudadana. RESOLUCIÓN 2063 DE 2017. Política de Participación en Salud-PPSS	Elaboración del plan de acción de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) de cada vigencia	Plan de acción de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) elaborado	1	100%	NA	NA	NA
	Ejecución del plan de acción de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) de cada vigencia	Seguimiento semestral al Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud (PPSS)	2	NA	50%	NA	100%
	Fortalecer la implementación del Manual de prestación de servicios con enfoque diferencial, dando cumplimiento a los lineamientos normativos y legales.	Protocolo de Atención con enfoque diferencial socializado	2	100%	NA	100%	NA

MIPG: Dimensión Gestión con valores para resultados / Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Evaluar riesgos de gestión y controles, que permitan mejorar la efectividad del proceso	Riesgos de gestión y controles evaluados trimestralmente	4	25%	50%	75%	100%
				63%	70%	88%	97%

ASPECTOS POSITIVOS:

Se observa que para los **CINCO (5) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, fueron planeadas **TRECE (13) ACTIVIDADES**, con el fin de llevar a cabo los diferentes cumplimientos, de las cuales se realiza el siguiente análisis:

- De los **CINCO (5) PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, **CINCO (5)** presentan actividades que cumplieron el **100%** de cumplimiento en algunas de sus actividades, en los diferentes trimestres y/o durante toda la vigencia.
- De **TRECE (13) ACTIVIDADES PROGRAMADAS**, **TRECE (13)** reflejaron el reflejan **100%** de cumplimiento en alguno de los trimestres, y/o durante la vigencia.
- Se dispone de un archivo físico y digital ordenado para la gestión de PQRS
- Se gestionaron de forma oportuna los PQRS interpuestos en la institución.
- Se realizó evaluación trimestral de la satisfacción de usuarios, cuyo resultado da cumplimiento a los estándares establecidos.
- Derivar las PQR que vulneren el código de integridad de la entidad al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno con el fin de ser analizadas y definir acciones de control, asimismo derivar al Comité de Seguridad del Paciente aquellas que afecten el atributo de seguridad de la atención.
- Se realizó la evaluación de la política de transparencia, participación y servicio al ciudadano
- Elaboración del plan de acción y seguimiento a la política de participación social en salud (PPSS)

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA:

Fortalecer algunos **PROGRAMAS/PROCESO/SUBPROCESO**, con el cumplimiento de las actividades programadas, tales como:

- Gestionar oportunamente las PQRS de Usuarios Internos y Externos.
- Intervenir los principales motivos generadores de PQR como son el trato inadecuado a partir de la difusión y evaluación de la adherencia al código de integridad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

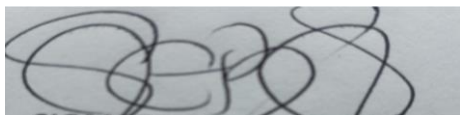
A través de este informe se demuestra la adecuada gestión de la entidad y los avances alcanzados en la mejora de los aspectos identificados en evaluaciones anteriores, específicamente en la publicación de contratos, gestión financiera, gestión del talento humano y gestión de inventarios, evidenciando progreso y fortalecimiento institucional

Se destaca el valioso aporte del Proceso de Planeación, que brinda asesoría, acompañamiento y seguimiento constante a los responsables de los procesos durante la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes institucionales, evidenciando también el compromiso gerencial reflejado en los resultados de la gestión institucional y de cada proceso

Se sugiere brindar retroalimentación a los responsables de los procesos sobre las recomendaciones del presente informe, asegurando que se tengan en cuenta para la planificación y ejecución de la vigencia actual

Potenciar la comunicación y retroalimentación periódica de los resultados de la gestión institucional y de cada proceso, utilizando el Comité de Gestión y Desempeño y los diversos canales de comunicación de la entidad, con el fin de garantizar transparencia, seguimiento y mejora continua

Atentamente



SIOMARA ELENA BUILES SUAREZ