

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

INFORME DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR PROCESOS DE 2.025.

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN
JUAN DE DIOS DE CONCORDIA**

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Versión 9.0

CONCORDIA, FEBRERO DE 2.026

"Más y Mejores Servicios"

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

DOCTOR. MARIO ALEJANDRO CADAVID CADAVID
Gerente de la Empresa Social del Estado

SEÑOR JUAN CARLOS ALVAREZ ARANGO
Subgerente Administrativo

SEÑOR LUBIN OCTAVIO GALLO ARANGO
Asesor de Control Interno

DOCTORA ANA MARÍA GONZÁLEZ ESCOBAR
Odontóloga

SEÑORA GLORIA MARÍA LONDOÑO GIRALDO
Profesional Universitaria del Área de la Salud

SEÑORA JULIANA ANDREA CADAVID MESA
Enfermera

SEÑORITA PAULINA ANDREA GARRO ORTIZ
Enfermera

SEÑORA RAQUEL ROMERO ANAYA
Regente de Farmacia

SEÑORA ADRIANA MARIA JIMENEZ FRANCO
Auxiliar Administrativa SIAU

SEÑORITA MONICA MARÍA AGUIRRE GARCÍA
Auxiliar Administrativa Archivo

SEÑORITA LUZ ALEIDA BETANCUR TÓBON
Secretaria



TABLA DE CONTENIDO.

Introducción

1. ASPECTOS GENERALES
 - 1.1. Normatividad
 - 1.2. Objetivo de la Evaluación
 - 1.3. Objetivos Generales
 - 1.4. Alcance
2. METODOLOGÍA
 - 2.1. Evaluación del Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE
 - 2.1.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional.
 - 2.1.2. Informe de Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional
 - 2.1.3. Informe de Seguimiento al Plan de Gestión Gerencial
 - 2.1.4. Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión
 - 2.1.5. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos
 - 2.1.6. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales
 - 2.2. Proceso de Contratación
 - 2.3. Proceso de Gestión de Información
 - 2.4. Proceso de Gestión de Talento Humano
 - 2.5. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros
 - 2.6. Proceso de Mantenimiento Hospitalario
 - 2.7. Proceso de Gestión de Control
 - 2.8. Proceso de Gestión Financiera



CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0	2017	Creación del documento.
2.0	2018	Se actualiza la versión uno del documento, en la versión No 02 de 2018. En los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none">• Se anexa en la versión los resultados de la evaluación del sistema de control interno que se realiza en el FURAG. Grado de Madurez y su interpretación.• Se tiene en cuenta el informe consolidado de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones.• Se tiene en cuenta Plan Anual de las auditorías internas y sus y el cumplimiento a los planes de mejoramiento.• El Informe de auditorías de calidad PAMEC.• Informes de las auditorías al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST.• El Informe de la auditoría de la Contraloría General de Antioquia.• El manejo de los diferentes indicadores de gestión del plan de desarrollo y los indicadores de calidad.• Se tiene en cuenta el seguimiento al sistema de costos.• Se anexa un cuadro con la evaluación de la oficina de control interno por dependencia que es la base para la calificación de los funcionarios de carrera.
3.0	2019	Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
4.0	2020	Se actualiza el capítulo 1 Aspectos generales el numeral 1.1 Normatividad vigente. Con respecto a los Indicadores de calidad se opta en esta versión que los indicadores se revisaran en forma digital en el sistema de información de la carpeta interna de publica. Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
5.0	2021	Se actualizan todos los cuadros en esta versión. En la metodología se agrega la evaluación a los procesos
6.0	2022	Se cambia la Portada y el objetivo de la evaluación. Se actualizan todos los cuadros en esta versión.
7.0	2023	Se actualizan todos los cuadros de la versión 6.0. Se Cambia el Objetivo General de la versión 6.0.
8.0	2024	Se actualizan todos los cuadros de la versión 7.0. Se Cambia el Objetivo General de la versión 7.0.
9.0	2025	Se modifica la información por cambio de vigencia.



INTRODUCCIÓN

El Asesor de Control Interno, procede a la elaboración del presente informe, tenido en cuenta para establecer el cumplimiento de los objetivos y de las metas Institucionales la información suministrada en el Proceso de Direccionamiento Estratégico y el de Control de Gestión. Para eso se basa en la evaluación Plan de Desarrollo Institucional 2024 – 2028 “Más y mejores Servicios”, el Plan Operativo Anual o de Acción, la evaluación de la oficina de control interno de ley 1474, al resultado de la evaluación del sistema de control interno del FURAG mediante el Índice de Medición del Desempeño Institucional MIDI, al Plan operativo del Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG, auditorías a los procesos internos, al cumplimiento de los planes de mejoramiento y los indicadores de gestión que permiten realizar un análisis y el cálculo de las diferentes metas al finalizar el año, como resultado por parte de esta oficina se realizan algunas observaciones generales y se formulan recomendaciones de mejora, las cuales se espera sean tenidas en cuenta por cada uno de los responsables de cada área.



1. ASPECTOS GENERALES:

1.1. Normatividad.

- **Ley 909 de 2.004:** En su Artículo 39, inciso 2; Obligación de evaluar. 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.
- **Decreto 1227 de 2.005:** Artículo 52. El desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa deberá ser evaluado y calificado con base en parámetros previamente establecidos a partir de los planes anuales de gestión del área respectiva, de las metas institucionales y de la evaluación que sobre el área realicen las oficinas de control interno o quienes hagan sus veces, de los comportamientos y competencias laborales, habilidades y actitudes del empleado, enmarcados dentro de la cultura y los valores institucionales.
- **Decreto 1083 de 2.015:** Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Título 8º, Capítulo 1º Evaluación del Desempeño Laboral.
- **Acuerdo 565 de 2.016:** Capítulo II, Artículo 8º Responsables en el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral.
- **Acuerdo 816 de 2.016:** Capítulo I, Generalidades de la evaluación del desempeño Laboral. Artículo 1º: Conceptos. Numeral 1.10. **Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias.** Es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad respectiva. Se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas y es suministrada a los responsables de la evaluación por el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, constituyéndose en parte de la evaluación definitiva del empleado.
- **Acuerdo 6176 de 2.018:** Artículo 7º Compromisos de mejoramiento y Artículo 8º Calificación definitiva y el anexo técnico.
- **Circular 4 de 2.005:** del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.
- **Resolución No 028 de 2.021:** Adopción del Plan Anual de Auditorías Internas de 2.021.
- **Resolución No 199 de 2.019:** Adopción del Código de Ética del Auditor Interno.

1.2. Objetivo del Informe.

Realizar actividades encaminadas a verificar que se ejecuten de una manera responsable, transparente y con igualdad, moralidad, eficiencia, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales los procesos, planes, políticas, métodos, principios y proyectos de acuerdo con la normatividad vigente, con el fin de garantizar un mejoramiento continuo a la gestión, ayudando al cumplimiento de la misión, objetivos y metas institucionales.



1.3. Objetivos Generales.

- a. Identificar los factores críticos de los procedimientos y actividades.
- b. Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento que garanticen la continuidad de la operación y la satisfacción de los objetivos misionales de la entidad.
- c. Retroalimentar los procesos dentro de la cadena de valor y para la evaluación del desempeño de los funcionarios de las áreas evaluadas.
- d. Medir, evaluar y controlar los resultados de las diferentes operaciones, así como establecer, entre otros, comportamientos, tendencias y relaciones entre lo programado y lo ejecutado por cada una de las Dependencias.

1.4. Alcance del Informe.

El presente informe de evaluación de la gestión por procesos que realiza la oficina de Control interno cada año involucra todas las dependencias y funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia – Antioquia y finaliza con la entrega del informe definitivo a la Gerencia y al Comité de Control Interno. Se realiza con base en las actividades de Auditoria y Seguimientos desarrollados en las diferentes dependencias y a los procesos durante el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2.025. Igualmente, describe los resultados obtenidos en el avance de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en cada una de sus siete (7) dimensiones, Resultado del Índice de Desarrollo Institucional- IDI de 2024 y en el seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST y a las evaluaciones y verificaciones relevantes realizadas por la oficina de Control Interno dentro de su Plan Anual de Auditorías Internas.

2. METODOLOGÍA:

Además, de la metodología establecida por el Consejo Asesor en materia de Control Interno mediante las Circulares 04 del 27 de septiembre de 2.005, se optó por interactuar en forma personal con cada uno de los responsables de cada proceso.

La oficina de Control Interno durante el período evaluado del presente informe, Realizó: Auditorías, evaluaciones, verificaciones, participación en las reuniones de algunos de los comités institucionales, visitas de seguimiento de las cuales emitió los respectivos e informes, y por último las recomendaciones sugerencias con el fin de subsanar las deficiencias encontradas. Estas actividades se enmarcaron dentro de las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y de acuerdo con el Código de Ética del Auditor interno, relacionadas con el empleo del buen juicio en el examen realizado, se aplicaron técnicas tales como: Identificación, verificación, análisis, inspección, observación, cálculo y tabulación de la información recolectada, con el propósito de obtener evidencia suficiente, para la emisión de concepto técnico al respecto.

De acuerdo con lo anterior se elaboró una serie de Cuadros para consignar la información recopilada en cada una de las dependencias de la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia – Antioquia, de acuerdo con los siguientes anexos.



- 1) Evaluación al Proceso de Direccionamiento Estratégico – DIE: conformado por el seguimiento a las actividades del Plan de Desarrollo Institucional; los resultados de los indicadores de calidad; y el seguimiento a los comités institucionales, con corte a diciembre 31 de 2.025.
- 2) Evaluación de la oficina de control interno para la vigencia del 2.025, formatos con el informe de las autorías de control interno, el seguimiento al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST.
- 3) Consolidado del informe de las Peticiones, Quejas, Reclamos Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones de la vigencia 2.025.
- 4) Mando de los indicadores de calidad y los indicadores de gestión de cada una de las dependencias.
- 5) Evaluación FURAG.

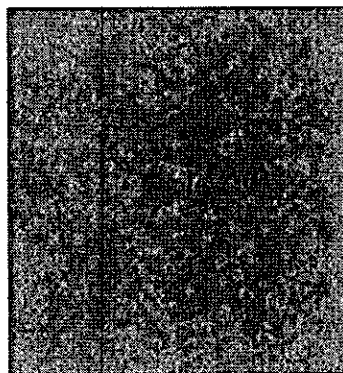
Con base en la información antes mencionada se realiza el siguiente informe de gestión de la oficina de Control Interno del año 2025 con el fin de dar a conocer a la alta dirección el resultado de las metas, planes y actividades desarrollados en cada uno de los procesos:

2.1. Evaluación al Proceso de Direccionamiento Estratégico - DIE	
Responsable:	Gerente de la Empresa Social del Estado.
Objetivo:	Establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, evaluación y control del Plan de Desarrollo Institucional y sus instrumentos operativos, financieros y el plan de gestión gerencial, el Plan Operativo anual –POA 2025 y los Planes estratégicos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia en el largo, mediano y corto plazo en forma participativa y concertada de acuerdo con los principios de autonomía, continuidad, participación, coherencia, viabilidad, eficiencia y eficacia.
Documentos:	Plan de Desarrollo Institucional 2.024 - 2.028 <u>Más y mejores Servicios</u> , Planes de acción, Plan Financiero, Planes Estratégicos, Indicadores, Plan Gestión Gerencial, Actas de Comités, Planes de mejoramiento y cuadro programación de los Comités.

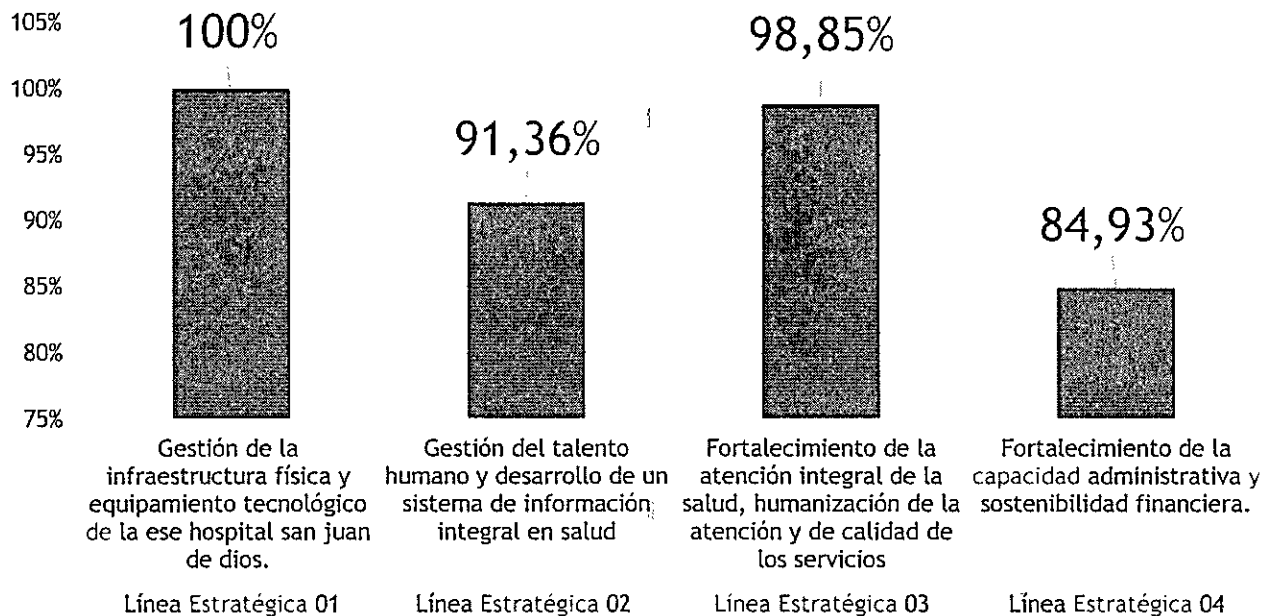
2.1.1. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional

100,00%
90,00%
80,00%
70,00%
60,00%
50,00%
40,00%
30,00%
20,00%
10,00%
0,00%

94,03%



Porcentaje de cumplimiento



2.1.2. Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional POA vigencia 2025

Formato de Evaluación de los Objetivos del Plan de Desarrollo

Entidad:	Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia
Dependencia y/o Proceso:	Grupo Directivo Líneas Estratégicas
Responsable:	Gerente y Nivel Directivo.
Objetivos del Proceso o de la Dependencia:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para la vigencia del 2.025. 2. Identificar los factores críticos de los procedimientos y actividades. 3. Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento. 4. Evaluación del desempeño de los funcionarios de cada una de las áreas evaluadas.

Resumen de los Objetivos de la Evaluación del Plan Operativo Anual – POA 2025.



LE 01 GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

15,1 Gestionar la Modernización de la Infraestructura Física, Tecnológica y Desarrollo de los Sistemas de Información de la ESE.	Gestionar la construcción o renovación de instalaciones para adaptarlás a los nuevos requerimientos operativos, además, gestionar la actualización o reemplazo de hardware y software obsoleto, priorizando tecnologías que ofrezcan mayor interoperabilidad y eficiencia, fortaleciendo la ciberseguridad integral para proteger los datos y las infraestructuras tecnológicas e incorporando herramientas de analítica de datos para mejorar la toma de decisiones y la planificación.	15,1,1,1	Gestionar ante los Entes gubernamentales recursos para la construcción, remodelación, dotación de equipos y renovación de parque automotor.	Número de proyectos presentados para la gestión de recursos.	Sumatoria de proyectos presentados para gestionar recursos de cofinanciación.	>=1	SI	1	2	100,00
		15,1,1,2	Gestionar la Adecuación, remodelación y Mantenimiento de la infraestructura física de la ESE y de los sitios de atención,	Proporción de cumplimiento del Plan de mantenimiento de la infraestructura.	Número de actividades de mantenimiento a la infraestructura realizadas x 100 / total actividades programados para mantenimiento de infraestructura.	>80%	SI	2	2	100,00
		15,1,1,3	Gestionar el Mantenimiento de equipos biomédicos y tecnológicos, y de sistemas de informática e información de la ESE.	Proporción de cumplimiento del Plan de mantenimiento de equipos.	Número de equipos con mantenimiento x 100 / total equipos programados para mantenimiento.	>80%	SI	2	2	100,00
		15,1,1,4	Gestionar la adecuación, conservación y mantenimiento del parque automotor de la ESE.	Proporción de cumplimiento del Plan de adquisición, conservación y mantenimiento del parque automotor.	Parque automotor funcionando correctamente.	>80%	SI	3	3	100,00
		15,1,1,5	Desarrollar actividades que conlleven al eficiente uso de recursos en la ESE (Compras verdes, agua, energía, gestión de residuos) (Campana que incluya estrategia, plan de capacitaciones, sensibilización, informe de reducción, impacto en la sostenibilidad)	Proporción de campañas realizadas	Número de campañas realizadas/ Total de campañas programadas	>80%	SI	3	3	100,00

LE 02 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL EN SALUD

Fortalecimiento de Gestión del Talento Humano y de la Calidad en la ESE	Capacitar a los líderes en gestión de calidad y habilidades de liderazgo, para que puedan motivar y	15,2,1,1	Sensibilizar, capacitar y comprometer al talento humano con la cultura de la acreditación con el fin de prestar servicios de salud con calidad.	Personal capacitado	Número de capacitaciones realizadas x 100/ Total de capacitaciones programadas	80%	SI	1	1	100,00
---	---	----------	---	---------------------	--	-----	----	---	---	--------



<p>guiar a sus equipos en este proceso, estableciendo canales de comunicación efectivos para mantener a todos los colaboradores informados sobre la evolución del sistema de calidad y su impacto en la ESE, asegurando que la gestión del talento humano esté alineada con los objetivos estratégicos de la ESE y con la visión del sistema de calidad e integrando la gestión del talento humano en los diferentes procesos de la organización, garantizando que todos los colaboradores comprendan su papel en el sistema de calidad.</p>	15,2,1,2	Elaborar, sensibilizar e implementar en la ESE al SOGC en sus diferentes etapas (Habilitación - PAMEC - SIC)	Personal capacitado	Número de capacitaciones realizadas SOGC x100/ Total capacitaciones programadas SOGC	80%	SI	1	1	100,00
	15,2,1,3	Elaborar y aprobar Plan Estratégico de Talento Humano PETH	Plan Estratégico de Talento Humano PETH aprobado	Documento aprobado Plan Estratégico de Talento Humano PETH	100%	SI	1	1	100,00
	15,2,1,4	Elaborar y aprobar Plan anual de vacantes y plan de previsión de recursos humanos	Plan anual de vacantes y plan de previsión de recursos humanos aprobado	Documento aprobado Plan anual de vacantes y plan de previsión de recursos humanos	100%	SI	1	1	100,00
	15,2,1,5	Elaborar y aprobar el Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos	Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos aprobado	Documento aprobado Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos	100%	SI	1	1	100,00
	15,2,1,6	Elaborar y aprobar el plan de trabajo anual del SG- SST	Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Documento aprobado del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo	100%	SI	1	1	100,00
	15,2,1,7	Elaborar y aprobar el Plan Institucional de Capacitaciones	Plan Institucional de Capacitaciones aprobado	Documento aprobado del Plan Institucional de Capacitaciones	100%	SI	1	1	100,00
	15,2,1,8	Actualización, socialización e implementación de procesos, procedimientos, guías, protocolos y lineamientos	Personal capacitado	N° de procesos, procedimientos y demás intervenidos /N° Total de procesos, procesos y demás programados	>60%	NO	1	0	0,00
	15,2,1,9	Fortalecer los Comités Institucionales de la ESE	Total de comités establecidos funcionando	N° de comités reactivados y funcionando*100/Total de comités establecidos	>80%	SI	22	20	90,91
	15,2,1,10	Fortalecimiento de la Cultura de Autocontrol, autogestión y sentido de pertenencia	Personal sensibilizado	No. de capacitaciones realizadas*100/ No. Total de capacitaciones programadas	>80%	SI	1	1	100,00
	15,2,1,11	Elaboración, evaluación y seguimiento al Plan de Gestión del Gerente	Plan de Gestión del Gerente evaluado	N° de actividades cumplidas*100/Total de actividades programadas	100%	SI	1	1	100,00
	15,2,1,12	Actualización del Plan Estratégico de Tecnologías de Información - PETI	Plan Estratégico de Tecnologías de Información PETI	Documento actualizado del Plan Estratégico de Tecnologías de Información - PETI	100%	SI	1	1	100,00



		15,2,1,13	Realizar actualización y mantenimiento al sitio web https://www.hospital-concordia.gov.co	Sitio web habilitado	Verificación del sitio web	100%	SI	1	1	100,00
		15,2,1,14	Actualizar y/o formular y/o implementar y/o socializar Programa de Gestión Documental (PGD) y Plan Institucional de Archivo (PINAR)	Programa de Gestión Documental (PGD) y Plan Institucional de Archivo (PINAR) aprobados	Documentos del Programa de Gestión Documental (PGD) y Plan Institucional de Archivo aprobados	100%	SI	2	2	100,00
		15,2,1,15	Elaborar, ejecutar, evaluar y rendir la información de la PPSS	Cumplir con los informes de la Política de Participación Social en Salud (PPSS)	N° de actividades cumplidas * 100 / Total de actividades programadas	90	SI	90	85	94,44

LE 03 FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD, HUMANIZACION DE LA ATENCION Y DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Salud Integral con Calidad.	Garantizando metas específicas para la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con enfermedades prevenibles en la población atendida, mediante intervenciones integrales, oportunas y efectivas a través de un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, consecuentemente con la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta las Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables - CERS a través de las Rutas Integrales Territoriales e Integrales en cabeza de los Equipos Básicos de Salud.	15,3,1,1	Prestación de los servicios de salud a la comunidad en general mediante la ejecución de procesos misionales y de apoyo por parte de un equipo interdisciplinario bajo la política de calidad de la ESE y humanización de los servicios	Atender la demanda de servicios solicitados	(N° de Actividades o servicios prestados por la ESE en el periodo) / (No de Actividades o servicios solicitadas en el periodo) * 100	>=90	SI	68051	64929	95,41
		15,3,1,2	Fortalecer los programas de Promoción y Prevención a nivel urbano y rural, utilizando los Equipos Básicos de Salud.	Atender la demanda de la población objeto de los programas de Promoción y Prevención	(Población atendida de los programas de P y P) / (Total población demandante de los programas de P y P) * 100	>=90	SI	1700	2086	100,00
		15,3,1,3	Implementar, optimizar y establecer la Atención Primaria en Salud y PIC como la estrategia central de nuestro modelo de atención.	Cumplir con las metas establecidas para los programas de APS y PIC	(Metas cumplidas / Metas programadas) * 100	100%	SI	340.379.802	340.379.802	100,00
		15,3,1,4	Fortalecer los programas de Promoción y Prevención a nivel urbano y rural.	Incorporar a los programas de P y P a los usuarios de los diferentes programas del	Usuarios incorporados a los programas de P y P / Total de usuarios de los programas	100%	SI	320	1558	100,00



				municipio y de la ESE						
--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--

LE 04 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.

Sostenibilidad Administrativa, Financiera, Ambiental y de Control	Desarrollar un plan financiero que contemple un presupuesto anual detallado, proyecciones de ingresos y gastos, y un análisis de riesgos, Diseñando una estructura clara y ágil que permita el control y una toma de decisiones eficiente, estableciendo colaboraciones o alianzas con otras entidades públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales para acceder a fondos y recursos, adoptando prácticas que minimicen el impacto ambiental, como la optimización del uso de recursos y la gestión de residuos, incluyendo acciones que beneficien a la comunidad y promuevan un entorno saludable.	15,4,1,1	Gestionar el sistema de costos en ESE que permita cuantificar el costo-beneficio de las diferentes áreas y programas que se adelantan en la Institución.	Valor real de las actividades.	Costo beneficio de las áreas y programas de la ESE	100 %	N O	1	0	0,00
		15,4,1,2	Elaborar y aprobar el Plan de compras	Plan de compras elaborado	Documento que contenga el Plan de compras	100 %	SI	1	1	100,00
		15,4,1,3	Fortalecimiento de los procesos institucionales de Facturación y recuperación de cartera	Mejorar el proceso de facturación y mejorar la recuperación de cartera	Porcentaje de recuperación de cartera -Porcentaje de radicación de la facturación total de facturación realizada en el mes.	>50 %	SI	1.106.715.327	8.434.096.394	75,94
		15,4,1,4	Proyecto de Presupuesto de ingresos y gastos conforme a los requisitos exigidos por la Ley de presupuesto y demás normas aplicables	Presupuesto de ingresos y gastos elaborado	Documento de Presupuesto de ingresos y gastos aprobado por la Junta Directiva	100 %	SI	1	1	100,00
		15,4,1,5	Control y racionalización en el manejo del presupuesto y la ejecución de los Recursos financieros	Proporción de ejecución presupuestal de ingresos con reconocimiento	Valor de la ejecución de ingresos totales en la vigencia/ Total de ingresos presupuestados	100 %	SI	1	1,34	100,00
		15,4,1,6	Incrementar el cumplimiento de metas de Promoción y Prevención con el fin de evitar pérdidas de recursos	Cumplimiento de metas	% de metas cumplidas/% de metas establecidas *100	95%	SI	\$ 1.443.017.706,00	\$ 1.423.033.952,00	98,62
		15,4,1,7	Fortalecer la trazabilidad de la información contable financiera entre tesorería	Mejorar las interfaces financieras	Interfaces funcionando adecuadamente	100 %	SI	1	1	100,00



	cartera presupuesto							
15.4.1.8	Hacer anualmente las audiencias públicas correspondientes acorde a la norma y rendir información oportunamente a los diferentes Entes de Control.	Proporción de cumplimiento de reportes	Realizar la presentación de informes en los términos establecidos por la normatividad vigente.	100 %	SI	1	1	100,00
15.4.1.9	Cumplir con las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión FURAG-MIPG (Calificación FURAG)	Proporción de cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación MIPG	N° de actividades realizadas / Total de actividades programadas	100 %	SI	100%	74.7	74,70
15.4.1.10	Elaborar e integrar los planes institucionales y estratégicos al plan de acción acorde al decreto 612 de 2018	Plan estratégico elaborados, ejecutados y evaluados	N° de Planes estratégicos formulados y ejecutados / 100 Total - N° de planes exigidos por la norma	100 %	SI	12	12	100,00

Resultado Consolidado de la Evaluación del Plan de Desarrollo Institucional 2.024 – 2.028

LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	CUMPLIMIENTO
LÍNEAS ESTRATEGICAS Y CUMPLIMIENTO POA 2025	
LE. GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.	100%
LE 02 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL EN SALUD	91,36%
LE 03 FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD, HUMANIZACION DE LA ATENCION Y DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS.	98.85%
LE 04 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y SOSTENIBILIDAD FIANCIERA.	84,93

2.1.3. Informe de Seguimiento al Plan de Gestión Gerencial.

Adicional a este informe debe destacarse el cumplimiento de estándares de calidad de cómo se prestan los servicios de salud a la comunidad, con criterios de accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad, pertinencia, seguridad, eficacia, eficiencia, y calidez humana lo que ha contribuido notablemente a mejorar la imagen, la confianza y la percepción que tiene la comunidad de su Hospital.



1. Se encuentra que la ESE realice autoevaluación de estándares para los años 2024 y 2025, con la participación del equipo de mejoramiento continuo, realizando las acciones de socialización al personal de la institución y comunidad
2. Disponibilidad del personal en la verificación de la documentación requerida, elaboración del cronograma de actividades y ruta crítica, presentan los formatos que se utilizaron durante la aplicación del cronograma de actividades y las actas de comité y reporte de indicadores de calidad, con sus respectivos soportes. De otro lado se verifica el aplicativo de la gobernación de Antioquia para el cargue de la información con los respectivos soportes.
3. Se presenta el Plan de Desarrollo 2024 – 2028 “Más y mejores servicios” aprobado por la junta directiva por el acuerdo 012 del 30 de septiembre de 2024. El cual obtuvo una ejecución en la mayoría de sus líneas estratégica y ejecución a través del POA.
4. Se verifica la categorización del riesgo fiscal y financiero y se establece que la ESE se encuentra sin Riesgo, lo que es un balance positivo para la institución. Resolución 1122 del 30 de mayo de 2025 del ministerio de salud y protección social.
5. Los indicadores de gasto frente a la unidad de valor relativo se obtienen de la página del SIHO
6. En relación a la compra de medicamentos se obtiene que la ESE realiza mayormente sus compras por medios electrónicos obteniendo precios competitivos en el mercado y que hacen que el gasto sea menos a la hora de la compra.
7. Las cuentas por pagar de la institución se discuten en comités de sostenibilidad contable y se reporta la ejecución presupuestal y se reportan a la dirección seccional de salud de Antioquia para su consolidación.
8. Se verifica con el administrador que se realizaron las respectivas reuniones de junta directiva evaluando los RIPS institucionales.
9. A analizar el equilibrio presupuestal con recaudo se encuentra que este pendiente resultado por parte del SIHO.
10. El ESE hospital ha realizado los reportes de información a la Supersalud de manera oportuna, está pendiente la expedición de los resultados por parte de la Supersalud.
11. El ESE hospital ha realizado los reportes de información referente al decreto 2193 de 2024 de manera trimestral y en forma oportuna, está pendiente la expedición de los resultados por parte del ministerio de salud.
12. Al observar la proporción de gestantes captadas antes de las 12 semanas se encuentra el indicador en el 92% lo que da reflejo de que se cumple con las metas establecidas por encima del 85%.
13. Para la incidencia de sífilis congénita se presentó 1 caso en el municipio diagnosticado por el hospital pablo Tobón Uribe. Lo que indica que no se cumple con la meta del indicador
14. En relación a la evaluación de las guías de manejo de hipertensión el comité de historias clínicas se realiza seguimiento.
15. En relación a la evaluación de las guías de crecimiento y desarrollo, el comité de historias clínicas realiza el seguimiento
16. Referente a los reingresos por el servicio de urgencias se verifica que el consolidado del año se encuentra en 0.008, estando acorde a la meta y cumpliendo con el estándar.
17. La oportunidad promedio en la consulta para el año 2025 se estableció en 1.48 días para la asignación de la cita. Cumpliendo con el indicador propuesto.

2.1.4. Informe de Seguimiento a los Acuerdos de Gestión.

Responsable: Gerente



Objetivo:	Brindar a los directivos y gerentes públicos la orientación para la elaboración de los Acuerdos de Gestión en sus diferentes fases, a través de los se concertarán y evaluarán los compromisos adquiridos en el marco de los Planes de Acción anuales de la entidad.
Documentos:	Acuerdos de gestión y formato de evaluación y seguimiento.
	<ul style="list-style-type: none">Se recomienda que se tenga una carpeta con las evaluaciones de los acuerdos de gestión y las respectivas evidencias.

2.1.5. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos:

Responsable:	Gerente y Subgerentes.
Objetivo:	Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año
Documentos:	Manuales con los Planes estratégicos, Resoluciones de adopción, cuadros con las actividades a realizar en los planes, listados, informes, formatos, fotos y otras evidencias para su cumplimiento.

Informe: Planes estratégicos con los que cuenta la entidad:

Para el año 2025, los planes se elaboraron y se adoptaron de acuerdo al decreto 612 de 2018, y fueron publicados en la página WEB, institucional:

- ✓ Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)
- ✓ Plan Anual de Adquisiciones
- ✓ Plan Anual de Vacantes
- ✓ Plan de Previsión de Recursos Humanos
- ✓ Plan Estratégico de Talento Humano
- ✓ Plan Institucional de Capacitación
- ✓ Plan de Incentivos Institucionales
- ✓ Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Plan anticorrupción y atención al ciudadano
- ✓ Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI)
- ✓ Plan de Seguridad y Privacidad de la Información
- ✓ Plan de Tratamiento de Riesgos de la seguridad

Cuadro con las calificaciones de los Planes estratégicos de 2.025.

NOMBRE DEL PLAN	Actividades Ejecutadas	Actividades No Ejecutadas	Total Actividades	% de Cumplimiento
Plan institucional de archivos pinar	10	1	11	91%
Plan de adquisiciones	20	0	20	100%
Plan de vacantes	12	1	13	92%
Plan de previsión de recursos humanos	14	0	14	100%



Plan estratégico de talento humano	71	11	82	87%
Plan institucional de capacitaciones	16	14	30	53%
Plan de incentivos institucionales	6	4	10	60%
Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo	207	4	211	98%
Plan anticorrupción y atención al ciudadano	48	8	56	86%
Plan estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones PETI	18	3	21	86%
Plan de tratamiento de riesgos de la seguridad y privacidad de la información	11	0	11	100%
Plan de seguridad y privacidad de la información	35	2	37	95%
TOTAL	468	48	516	91%

Conclusiones de los Planes Estratégicos:

Se realizaron actividades inherentes a cada plan, pero faltaron acciones por ejecutar.

2.1.6. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales:	
Responsable:	Gerente y secretario del comité.
Objetivo:	Informar sobre los aspectos generales aplicables para el adecuado funcionamiento de los comités, Comisiones y Junta Directiva en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud
Documentos:	Cuadro de programación anual de los comités, actas de los diferentes comités, planes de mejoramiento, resoluciones de conformación de los diferentes comités y manual de organización y funcionamiento.
Estado	Existen 22 comités creados y establecidos en la ESE Hospital San Juan de Dios, Presentando el siguiente resultado:



NOMBRE DEL COMITÉ	COORDINADOR	HORA	MES													
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
1 COMISIÓN DE PERSONAL	Subgerente Administrativo	9:00 a. m.														
2 COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	Asesor Control Interno	1,30 p.m.														
3 BIENESTAR SOCIAL	Subgerente Administrativo	11:00 a. m.	15		26		14					15				
4 ARCHIVOS CENTRAL	Auxiliar Administrativa Archivo	10:00 a. m.				23										
5 COMPRAS	Auxiliar Administrativa Almacén	10:00 a. m.		1	17		1	24	3	3					20	18
6 CONCILIACIÓN	Gerente	10:00 a. m.														
7 EMERGENCIAS	Líder del SG-SST	11:30 a. m.												6		10
8 ÉTICA	Enfermera Jefe Hospitalización	3:00 p. m.	30		28											16
9 FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA	Regente de Farmacia	4:00 p. m.	27					28		30	27					
10 GLOSAS	Subgerente Administrativo	11:00 a. m.		21											2	
11 HISTORIAS CLÍNICAS	Auxiliar Administrativa Archivo Clínico	3:00 p. m.	30	27											12	19
12 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Enfermera de P y P	3:00 p. m.	29	25						30						
13 SOSTENIBILIDAD CONTABLE	Subgerente Administrativo	9:00 a. m.						30								
14 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	Enfermera Jefe Hospitalización	10:00 a. m.	15	19	19	23			23	20	17	5	19			
15 DIRECTIVO	Gerente	10:00 a. m.	22	19	19	23	21	11	16	20	17	15				
16 INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	Control Interno	10,30 am				23	21			20	17		19			
17 PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Líder del SG-SST	8:00 p. m.				28	23	21	26	23				23		
18 CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Subgerente Administrativo	3:00 p. m.														
19 GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL (GAGAS)	Subgerente Administrativo	4:00 p. m.	29	25	26	30		18	30	27	24	25	12	31		
20 COMITÉ SEGURIDAD DEL PACIENTE	Enfermera de P y P	10:00 a. m.	22				14	6								
21 GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD	Odontóloga	11:00 a. m.	22	19	19	23	21									17
22 CONVIVENCIA LABORAL	Líder del SG-SST	11:00 a. m.			21				21					22	22	21
23 JUNTA DIRECTIVA	Gerente	8:00 a. m.												28		

Resultado de seguimiento a los Comités 2.025.

Cumplimiento calendario de los Comités institucionales 2025:

Los comités institucionales de la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, Antioquia, constituyen la columna vertebral de la gobernanza hospitalaria, ya que aseguran que la prestación de servicios de salud se realice bajo estándares de calidad, transparencia y legalidad.

La importancia de estos espacios radica no solo en la toma de decisiones estratégicas, sino en el cumplimiento riguroso del cronograma de reuniones, lo cual garantiza una vigilancia continua de los procesos internos y evita retrocesos administrativos. Asimismo, el levantamiento oportuno de las respectivas actas es una tarea imperativa, pues estos documentos actúan como el soporte legal y la memoria institucional donde se consignan los compromisos, hallazgos y planes de mejora. En conjunto, la disciplina en la ejecución de estas reuniones y su debida documentación permiten que el hospital no solo cumpla con los entes de control, sino que fortalezca su impacto social y la seguridad del paciente en el municipio.

Se refleja el cumplimiento parcial de los comités y reuniones de grupos primarios

Conclusiones:

- ❖ Esta información es tomada de las actas de los diferentes comités que presentan los secretarios de las diferentes reuniones que realizan.
- ❖ En los formatos se tiene un cuadro que ilustra las actividades a realizar, fecha, responsable
- ❖ No se presentaron planes de mejoramiento de las reuniones de los distintos comités.
- ❖ La oficina de control Interno recomienda que se debe realizar una revisión por parte del área jurídica a las diferentes resoluciones de adopción de los diferentes comités con el fin de actualizarlos a los diferentes cambios de la norma.
- ❖ Se observan falencias de los diferentes secretarios de los comités para elaborar las actas



2.2. Proceso de Contratación – CON.

Responsable:	Gerente de la Empresa Social del Estado.
Objetivo:	Realizar actividades administrativas orientadas a obtener y producir bienes, y servicios que la Empresa Social del Estado requiera para su funcionamiento, mediante la modalidad de contratación, respondiendo a los principios de transparencia, economía, responsabilidad, imparcialidad, celeridad, publicidad y eficacia.
Documentos:	Manual de contratación, Proceso de contratación, página web de SECOP y de la Contraloría General de Antioquia – SIA observa y carpetas con los documentos de los contratos.

Informe:

Los procesos contractuales adelantados por la dirección de la Empresa Social del Estado se fundamentaron en los principios constitucionales, legales y reglamentarios del debido proceso, igualdad, imparcialidad, buena fe, moralidad, participación, responsabilidad, transparencia, publicidad, coordinación, eficacia, economía, celeridad y planeación.

En calidad de contratante, la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia) celebró un total de 168 procesos contractuales formales, por un valor de \$ 4.164.203.996. discriminados de la siguiente forma

CONTRATACIÓN A DICIEMBRE 31 DE 2025			
CANT	TIPO DE CONTRATO	VALOR (\$)	%
107	Prestación de servicios	\$ 2.556.399.534	61,39%
1	Mantenimiento	\$ 23.139.550	0,56%
5	Suministros	\$ 220.500.000	5,30%
54	Termino definido	\$ 1.359.998.992	32,66%
1	Arrendamiento	\$ 4.165.920	0,10%
168	GRAN TOTAL	\$ 4.164.203.996	100%

Comparativo de los Contratos 2024 vs 2025

Tipo de Contrato	Cant	Valor Total al Año 2024	Cant	Valor Total al Año 2025	Variación
Prestación de servicios	44	\$ 620.683.786	107	\$ 2.556.399.534	\$ 1.935.715.808
Compraventa	0	\$ 0	0	\$ 0	\$ 0
Mantenimiento	2	\$ 36.408.000	1	\$ 23.139.550	\$ 13.268.450



Suministros	6	\$ 343.000.000	5	\$ 220.500.000	\$ 122.500.000
Termino definido	45	\$ 454.669.615	54	\$ 1.359.998.992	\$ 905.329.377
Comodato	0	\$ 0	0	\$ 0	\$ 0
Consultoría	0	\$ 0	0	\$ 0	\$ 0
Interventoría	0	\$ 0	0	\$ 0	\$ 0
Arrendamiento	2	\$ 7.384.800	0	\$ 4.165.920	\$ 3218.880
	99	\$ 1.462.146.201	168	\$ 4.164.203.996	\$ 2.702.057.795

En la revisión Aleatoria realizada para el año 2025 se puede evidenciar que cuentan con los soportes exigidos por la entidad, previa lista de chequeo.

1. En la revisión a los contratos se evidencia que al año 2025, se cuenta con los informes de supervisión.
2. Faltan actas de liquidación en algunos de los contratos.
3. En algunos de los contratos se evidencia que elaboran el formato de Hoja de vida y declaración de bienes, pero faltan las firmas del contratista y del jefe de talento humano.
4. Se evidencia que, de los contratos revisados aleatoriamente, fueron cargados al SECOP en los tiempos establecidos.
5. Se evidencia que, de los contratos revisados aleatoriamente, fueron cargados a GESTION TRANSPARENCIA en los tiempos establecidos.
6. Se pudo evidenciar que todos los contratos tenían el CD y el RP

Conclusiones:

1. existe afiliación de los contratistas al SIGEP para que puedan presentar la hoja de vida y declaración de bienes actualizada en los formatos establecidos para ello, pero faltan firmas del contratista y del jefe de talento humano.
2. Se deben revisar muy bien los documentos y contratos por parte de los supervisores antes de ser subidos al SECOP y a la plataforma de gestión transparente de la CGA con el fin de que sean subidos de forma oportuna.
3. Estar muy pendientes de las fechas de los contratos para que no sean subidos de forma extemporánea a Gestión Transparente de la CGA y al SECOP
4. Se recomienda que los supervisores de los contratos conozcan bien el manual de la contratación de la institución, los procesos y procedimientos y los requisitos para los pagos.
5. No se deben de dejar números consecutivos en blanco o sin usar en la contratación.
6. Que se ordenen las carpetas de los contratos de acuerdo con la norma y en un orden de documentos. Ejemplo Lista de Chequeo, Estudio Previo, CDP y RP, Propuesta, etc.
7. Antes de hacer el pago del anticipo se debe verificar muy bien todos los soportes que se requieran para el pago.
8. Consignar los rendimientos financieros del proyecto cada mes y presentar los informes de ejecución del contrato a la Sección de salud del departamento.

2.3. Proceso de Gestión de Información – GIF

Responsable:	Gerente y Subgerente Administrativo.
Objetivo:	Facilitar la utilización y conservación de la información generada y recibida por la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia mediante



	actividades administrativas relacionadas con la obtención, generación, registro, circulación, remisión, archivo y preservación de ésta, desde su origen hasta su destino final, respondiendo a los principios de planeación, control de gestión, modernización, responsabilidad, eficiencia, eficacia y economía. (Ver además principios de ley 1712 de 2.014)
Documentos	Manual de procesos y procedimientos, Planes estratégicos, página web institucional, resoluciones de adopción de los planes, manuales de XENCO, Tablas de Retención y Valoración Documental, informes, formatos y planes de mejoramiento.
<p>Para el seguimiento a este proceso se tuvo en cuenta en primer lugar el diagnóstico que se realizó a las fuentes de información que se manejan en el Hospital y al diagnóstico que arrojó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.</p> <p>Este proceso se encuentra dividido en tres procedimientos principales que son: Manejo de Sistemas, Información y Comunicación y Gestión Documental.</p> <p>Informe de Procedimiento de Sistemas: Liderado por el Subgerente Administrativo y se delega en el Técnico de Sistemas la parte técnica del procedimiento.</p> <p>Conclusiones.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Se tiene en el Hospital en la red interna una carpeta denominada pública en la cual los funcionarios pueden subir información.2) El técnico de sistemas realiza las copias de seguridad del programa XENCO y de algunas dependencias.3) Se deben de solicitar al contratista los manuales y tener una copia bien sea física o digital de los programas de XENCO.4) Es importante que se realice un Inventario Físico de todos los equipos de cómputo con los respectivos accesorios como Impresora, regulador, escáner, UPS y el software que está instalado con el fin de que se tengan actualizados y al mismo tiempo se debe realizar una revisión de los programas instalados en los diferentes equipos, con el fin de desinstalar los programas que no tienen licencia y que no son de utilidad para el hospital. Programas de música, juegos entre otros.	
<p>Informe de Procedimiento de Comunicación e Información:</p> <p>a. Oficina de Comunicaciones: En la actualidad no se tiene un responsable del manejo de las comunicaciones y de la página web institucional ya que todo recae en la gerencia.</p> <p>La página web institucional se ha venido organizando de acuerdo al Índice de Transparencia Acceso a la información pública - ITA y la ley 1712 de 2014 www.hospitaldeconcordia@gmail.com. Se recomienda que todos los funcionarios deben pasar los documentos que se deben subir a la página para mantenerla actualizada. No se está realizando de forma periódica.</p> <p>b. Se cuenta con unos Planes Estratégicos de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Plan de Seguridad y Privacidad de la Información Adoptado - Publicado en la página WEB• Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI: Publicado en la página WEB.	



c. Procedimiento de Gestión Documental: Reglamentado por la ley 594 de 2.000 y los acuerdos emanados del Archivo General de la Nación. En este procedimiento se revisan los planes estratégicos, el archivo de gestión y general, lo establecido en la TRD y TVD, el inventario único, las transferencias y la taquilla única documental.

- Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Publicado en la página WEB.
- Plan de Gestión Documental – PDG. Publicado en la página WEB

Recomendaciones.

- 1) Se hace necesario que los jefes de cada área del Hospital le entreguen en formato PDF al responsable de subir y en especial la parte de contáctenos para el manejo de las PQRS la información, los documentos que deben ser montados a la página web institucional para dar cumplimiento con la norma de transparencia e información.
- 2) Se hace necesario informar a la comunidad sobre la existencia y el manejo de página web institucional, con el fin de que tengan una mayor interacción con el Hospital y en especial la parte de contáctenos para el manejo de las PQRS
- 3) Se debe fortalecer el manejo de los correos internos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia ya que esta es el canal oficial para el manejo de la información interna y externa y depurar la carpeta de publica.
- 4) Se hace necesario asignarle a un funcionario del Hospital las funciones de manejo de la página web institucional con el fin de fortalecerla y mantenerla actualizada.
- 5) Socializar los Planes estratégicos en los diferentes grupos primarios para que realicen las correcciones, cambios y ajustes que sean necesarios.
- 6) Se le debe organizar un plan de mejoramiento para los puntos que se encuentran negativos o que no se están cumpliendo.
- 7) Proporcione los enlaces o URL donde estén ubicados los videos o elementos multimedia del sitio web, y donde se evidencie que estos tienen subtítulos, audio descripción (cuando no tienen audio original) y su respectivo guion de texto.
- 8) Los sujetos obligados deberán publicar su política de derechos de autor y/o autorización de uso de los datos y contenidos, en la cual, deberán incluir el alcance y limitaciones relacionados con el uso de datos, información, contenidos y códigos fuente producidos por los sujetos obligados
- 9) Los jefes de dependencia deben liderar las actividades de la política anticorrupción con el fin de que se puedan cumplir con las metas propuestas y mejorar los resultados del mapa de riesgos.
- 10) La sección de manejo de los tramites en el hospital deberá estar vinculada con el menú de trámites del Sistema Único de Trámites -SUIT-
- 11) Es muy importante que se dé la prelación en el diseño de la página en lo relacionado con el idioma y acceso a diferentes.
- 12) El Hospital se le recomienda aplicar las medidas de seguridad digital y.
- 13) Debe de mejorar las falencias en lenguaje y con los diferentes grupos de valor como personas con discapacidad, niños entre otros.
- 14) Comenzar con la actualización de las TRD - TVD.
- 15) Realizar las jornadas de capacitación sobre los diferentes temas de la gestión documental.
- 16) Estandarizar los diferentes documentos en la entidad.
- 17) Continuar con la organización del fondo acumulado del hospital.

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”

Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia

Teléfono: 8446161- 844 7722

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

Nit. 890907297-3



18) Socializar el proceso de Gestión de la información a los empleados.

Conclusión

La página web institucional se ha venido mejorando de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1519 de 2020 y sus anexos, se hace necesario que se establezca por parte de la Gerencia una persona encargada con el fin de mantenerla actualizada, subiendo la información una vez se genere por las diferentes dependencias del Hospital.

Se debe seguir con el proceso de convalidación de TRD ante el comité de archivo del departamento y su posterior presentación al Archivo General de la Nación para su publicación.

Se debe comenzar con el procedimiento para el Manejo de los archivos electrónicos en el Hospital

2.4. Proceso de Gestión de Talento Humano – GTH

Responsable:	Subgerencia Administrativa
Objetivo:	Administración integral del Talento Humano, regulando el Ingreso, Desarrollo y Retiro de los servidores públicos de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, a través de un buen clima laboral, el mejoramiento continuo de sus competencias, las destrezas y habilidades y la evaluación, bajo los principios de igualdad, mérito, eficacia, transparencia, y legalidad, que ayuden al logro de los objetivos institucionales, optimizando la prestación de los servicios y la satisfacción de los usuarios.
Documentación:	Manual de procedimientos, Hojas de vida funcionarios activos, Planes estratégicos de talento Humano, SIGEP, Calificación de funcionarios de carrera, inscripción ante la CNSC, planes de mejoramiento.

a) **Plan Anual de Vacantes.** Elaborado y publicado en la página WEB, su seguimiento se llevó a cabo a través de la Subgerencia Administrativa

b) **Plan de Previsión de Recurso Humano:** Se debe actualizar cada año en el formato establecido para ello denominado: Formato Plan de Previsión de Recursos Humanos lo maneja la oficina de talento humano. Este plan sirve como un recurso para la toma de decisiones en todo lo referente de la vinculación del personal y a los próximos cargos que se van a pensionar. Su seguimiento se llevó a cabo a través de la Subgerencia Administrativa

CUADRO DE PERSONAL

Nivel	Grado	Tipo de vinculación				Total
		De Periodo	Carrera Administ	Libre Nombram	Provisiona	
Gerente	0.85.19	1				1
Subgerente	0.90.04			1		1
Cont. Intern	1.05.04	1				1
Medi. Gral	2.11.17				8	8
Medi. SSO	2.17.17	2				2



Enfermera	2.43.13		1		1	2
Bacterióloga	2.14.15				1	1
Odontóloga	2.37.13		1			1
Técnico	3.23.15		1		3	4
Admi. Secr	4.40.12				1	1
Adm. Auxili	4.07.12		9		2	11
Asistencial	4.12.12		2		1	3
Asistencial	4.12.21		10		3	13
Trabajador Oficial	4.70.10					10
TOTAL FUNCIONARIOS DE PLANTA 59						

De los 59 empleos, 41 son mujeres y 18 son hombres

- c) **Plan Estratégico de Talento Humano – PETH:** Elaborado y publicado en la página WEB, su seguimiento se llevó a cabo a través de la Subgerencia Administrativa.
- d) **Plan Institucional de Capacitación – PIC:** Elaborado y publicado en la página WEB. Se realizaron diferentes capacitaciones en temas de importancia para cada área, su seguimiento se llevó a cabo a través de la Subgerencia Administrativa

Plan de Incentivos Institucionales y Bienestar social: Elaborado y publicado en la página WEB. Se realizaron actividades con relación a este plan y su seguimiento se llevó a cabo a través de la Subgerencia Administrativa.

- e) **Plan del Sistema de Gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo – SG- SST:**

- 1) **Que es el SG-SST:** Consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo.

La Seguridad y Salud en el Trabajo - SST es la disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.

- 2) **Política del SG-SST:** Es política de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, en sus operaciones de prestar Servicios de Salud, en todos los centros donde opera, reconocer la importancia del capital humano y comprometerse al más alto nivel de la organización con la implementación y mejoramiento continuo a través del SG-SST el cual va encaminado a promover y mantener el bienestar físico, mental y social de los trabajadores y demás partes interesadas, ofreciendo lugares de trabajo seguros y adecuados.

- 3) **Cumplimiento de los requisitos legales**

- Resolución 0312 de 2019 (Estándares mínimos del SG-SST).



- Decreto 1072 de 2015 (Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo).
 - Decreto 129 de 1994 (Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales).
 - Decreto 2090 de 2003 (Por el cual se definen las actividades de alto riesgo para la salud del trabajador y se modifican y señalan las condiciones, requisitos y beneficios del régimen de pensiones de los trabajadores que laboran en dichas actividades).
 - Resolución 2013 de 1986 (conformación y funcionamiento del copasst).
 - Resolución 652 de 2012 (conformación y funcionamiento del comité de convivencia laboral).
- 4) **Objetivo General del SG-SST:** Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores
- 5) **Objetivos específicos del SG-SST:**
1. Identificar e intervenir los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 2. Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 3. Responder oportunamente las inquietudes que provengan de las partes interesadas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 4. Asignar los recursos esenciales que defina la Gerencia General para establecer, implementar y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 5. Fomentará actividades tendientes principalmente a la prevención de accidentes y enfermedades laborales
 6. Hacer cumplir las políticas y con las normas y procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por todos los empleados y contratistas.
 7. Realizar la entrega y velar por el uso correcto de los elementos de protección personal por parte de los empleados y contratistas de la institución.
 8. Establecer mecanismos de prevención de las conductas de acoso laboral
 9. Cumplir con los requerimientos normativos vigentes en materia de seguridad vial.
 10. Implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

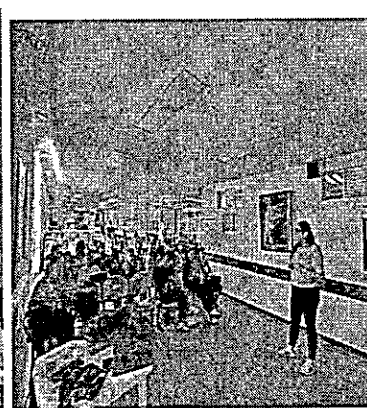
CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO SG-SST 2025

- 6) **Gestion plan de capacitaciones**
- Se gestionó con la ARL la socialización del plan de emergencias



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS



CUMPLIMIENTO DEL CRONGRAMA DE CAPACITACIONES

En cumplimiento de la normatividad vigente y de las funciones asignadas al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), se presenta la rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2025, evidenciando su participación, seguimiento y apoyo al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Rendición de cuentas COPASST

Conformación y funcionamiento del COPASST:

El COPASST fue conformado de manera formal y democrática, con designación de representantes, elección de los trabajadores y asignación de presidente y secretario.

Planeación y seguimiento del Plan de Trabajo

Se definió y ejecutó el Plan de Trabajo y el Plan de Capacitación del COPASST, realizando reuniones ordinarias mensuales para el seguimiento permanente de las actividades.

Vigilancia y control del SG-SST

El COPASST participó activamente en la revisión de la autoevaluación de estándares mínimos, el



Plan de Trabajo SG-SST 2025, políticas, reglamentos, informes de rendición de cuentas y análisis de ausentismo laboral.

Inspecciones de seguridad

Se realizó inspección de seguridad para evaluar condiciones locativas, equipos y prácticas de trabajo, identificando riesgos y proponiendo acciones de mejora.

Investigación de incidentes y accidentes

El COPASST apoyó la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales, participando en el análisis de causas y definición de medidas preventivas y correctivas

Capacitación y fortalecimiento del COPASST

Los integrantes recibieron capacitación en funciones del COPASST, identificación de peligros e investigación de accidentes, y se hizo seguimiento al cumplimiento del curso obligatorio de SG-SST.

Participación en visita del Ministerio del Trabajo

El COPASST acompañó la visita de inspección del Ministerio del Trabajo, participando en el recorrido, atención de requerimientos y conocimiento de observaciones relacionadas con condiciones locativas, ergonomía y señalización.

La gestión del COPASST durante la vigencia 2025 evidenció un compromiso activo con la prevención, la vigilancia y el fortalecimiento del SG-SST

Inspecciones de equipos de emergencia

La Brigada de Emergencias participó en la inspección de extintores y botiquines, verificando su estado, ubicación y condiciones de uso, contribuyendo a la preparación ante emergencias.

Planeación y ejecución de simulacro

La Brigada apoyó la planeación y ejecución del simulacro de emergencia, fortaleciendo la capacidad de respuesta, la evacuación segura y la articulación con el Plan de Emergencias.

Capacitación de los brigadistas

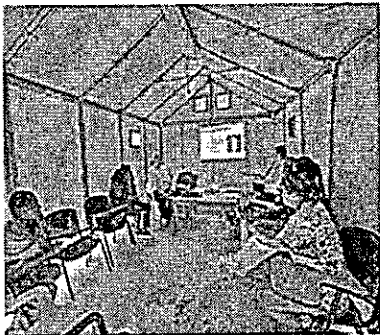
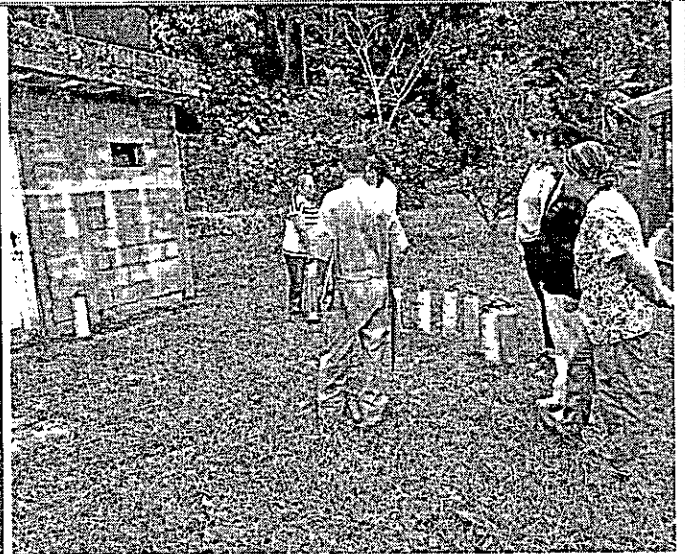
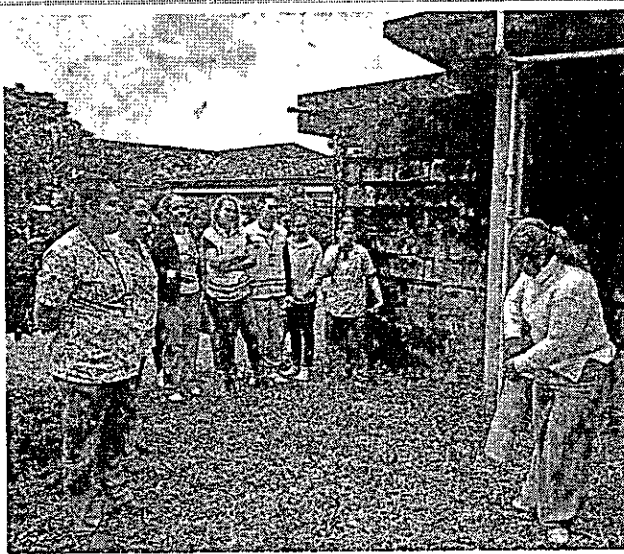
Los integrantes de la brigada participaron en capacitaciones en primeros auxilios y manejo de extintores, fortaleciendo sus competencias para la atención inicial de emergencias.

Capacitación al personal

La Brigada realizó jornadas de capacitación dirigidas a los trabajadores sobre prevención del fuego y uso básico de extintores, promoviendo comportamientos seguros y la autoprotección.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS



Humanos

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

“MAS Y MEJORES SERVICIOS”
Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia
Teléfono: 8446161- 844 7722
hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co
Nit. 890907297-3



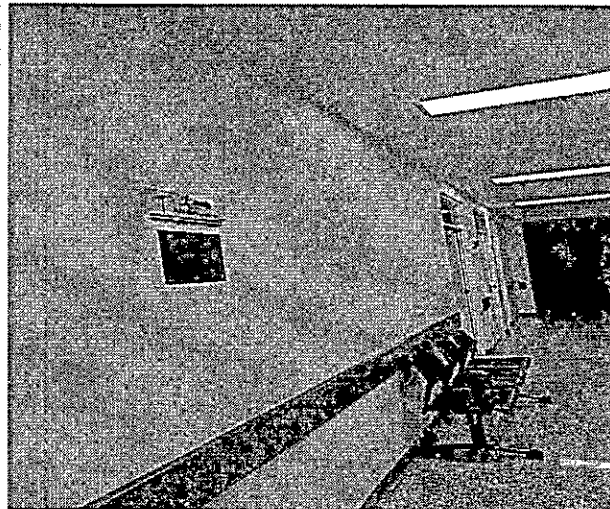
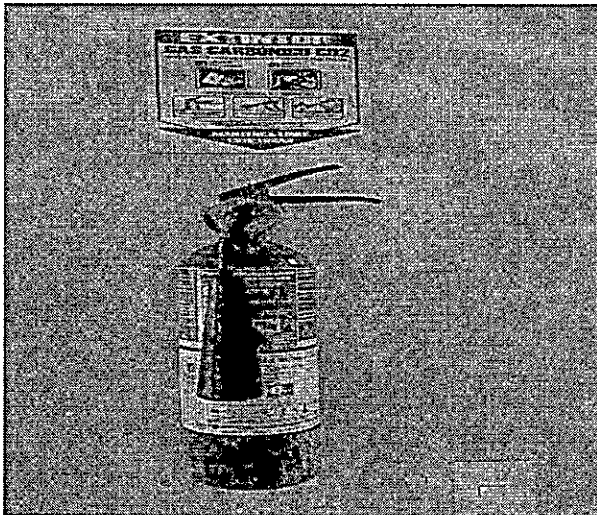
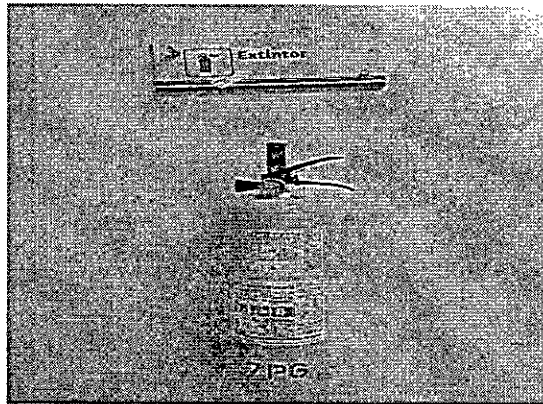
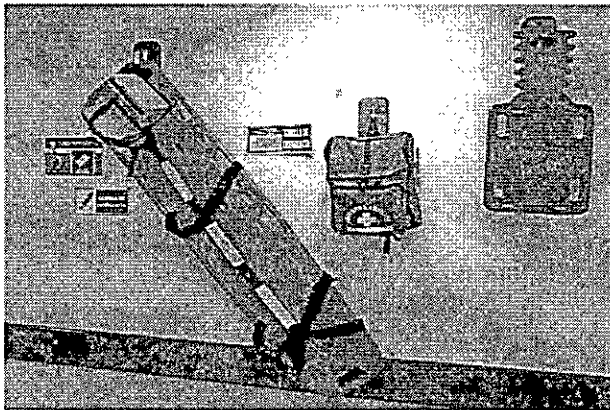
- Profesional SG-SST con licencia vigente y formación normativa.
- Apoyo de COPASST, COCOLAB y Brigada de Emergencias.

Financieros

- EPP, dotación, exámenes médicos.
- Gestión de riesgo psicosocial.
- Atención de emergencias.
- Contratación profesional SG-SST.

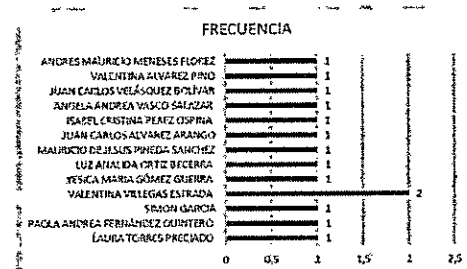
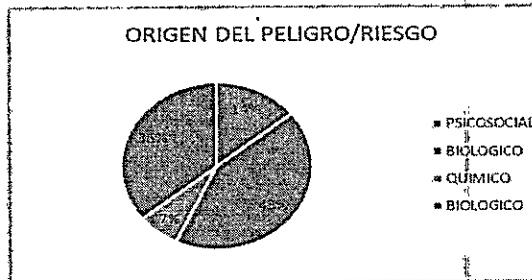
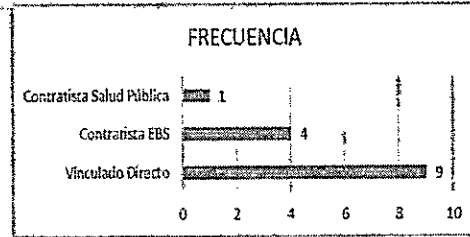
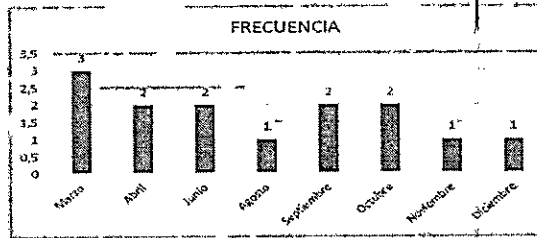
Técnicos y tecnológicos

- Equipos de cómputo, comunicación e insumos de oficina



- Cambio de profesional SG-SST por decisión de la Gerencia en 2025.
- Designación formal garantizó continuidad del sistema.
- Fortalecimiento de la articulación con la Alta Dirección.

Durante la vigencia 2025 se registraron catorce (14) accidentes de trabajo en la institución



AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA

En el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2025 se registraron sesenta y ocho (68) eventos de incapacidad, los cuales generaron un total de quinientos dos (502) días de incapacidad

TIPO DE INCAPACIDAD	# EVENTOS	DÍAS PERDIDOS	
		EVENTOS	PERDIDOS
Accidente de Trabajo	AT	5	97
Enfermedad General	EG	63	405
Enfermedad Laboral	EL	0	0
Maternidad / Paternidad	LIC	0	0
TOTAL		68	502



CENTRO DE TRABAJO	# EVENTOS	DÍAS	DÍAS PERDIDOS / MES	EG	AT
ADMINISTRATIVO	28	199	ENERO	43	0
ASISTENCIAL PRINCIPAL	33	280	FEBRERO	17	30
CONDUCTORES	2	5	MARZO	44	30
MANTENIMIENTO	2	6	ABRIL	24	30
CONTRATISTA	2	7	MAYO	30	0
RAYOS X	1	5	JUNIO	45	2
TOTAL	68	502	JULIO	51	0
			AGOSTO	27	0
			SEPTIEMBRE	74	0
			OCTUBRE	40	0
			NOVIEMBRE	19	5
			DICIEMBRE	19	0
			CONSOLIDADO AÑO	405	97

AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA



GRUPO	EQ	DÍAS EG	DÍAS AT	TOTAL DÍAS AT
ESQUINCES Y ONCEROSAS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) POSTERIOR DE LA RODILLA	0	0	3	3
FRACUTURA DE LA PUNTA SUPERIOR DEL RADIO	2	50	0	50
TRASTORNOS DE ADAPTACION	1	30	0	30
RUPITIA ESPONTANEA DE TENDONES FLEJOSES	1	30	0	30
TRASTORNO DE INMEDIOS GENERALIZADA	3	20	0	60
EMBLIA Y TROMBOSIS DE VENAS ESPECIFICAS	2	20	0	40
OTROS ESTADOS POSTOPIRATORIOS ESPECIFICOS	1	25	0	25
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLELITIASIS AGUDA	1	20	0	20
TRAMATISMO INTRACRANEA, NO ESPECIFICADO	1	20	0	20
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	4	15	0	60
CONVALESCENCIA CON SEQUELA CIRURGIA	1	15	0	15
HEPATOMEGALIA CON OBSTRUCCION SIN GANGLIOS	1	15	0	15
EPIDERMIS DEPRESIVO ANONCADO	2	12	0	24
HEPATOMEGALIA LIMITADA, O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION MIGROBIA	7	10	0	70
TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR Y DE LAS VAS BILIARES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRAS PARTES	1	9	0	9
FRACUTURA DE LOS HUESOS DEL DEDO GORDO DEL PIE	2	8	0	16
INFECCION URAL, NO ESPECIFICADA	3	7	0	21
ANODALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	3	7	0	21
SHOCK DE MANEJO CRITICO	1	7	0	7
DORSAL Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2	6	0	12
AMIGALITIS NO ESPECIFICADA	3	6	0	18
CONTUSION DEL TOBILLO	1	6	0	6
OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICOS	1	6	0	6
HEMORRAGIA DE BARRILET	2	5	0	10
DOLOR EN LA COLUMNA LOMBAR	0	0	1	1
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	2	4	0	8
CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	1	4	0	4
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MANO Y DE LA MANO	1	3	0	3
EMFISIS PULMONAR AGUDO (RESFRIADO COMUN)	2	3	0	6
OTRAS INFECCIONES URALES DE SITIO NO ESPECIFICADO	1	3	0	3
SHOCK DE TUNEL CARPIANO	1	3	0	3
ESTADO MIGRANSO	1	3	0	3
VERTIGO PAROXISTICO BENGHI	1	2	0	2
COLECCION REVAL, NO ESPECIFICADO	1	2	0	2
CONTUSION DEL CODO	1	2	0	2
DOLOR AGUDO	1	2	0	2
DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	1	2	0	2
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	1	2	0	2
ESBOZO O DEPRESIVO GARC CON SINTOMAS PSICOTICOS	1	2	0	2
OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	1	2	0	2
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1	2	0	2
ESQUINCES Y TENDONITIS DEL TOBILLO	1	2	0	2
INORDENADO ATQUE DE PERIODO OTRO LUGAR ESPECIFICADO	0	0	1	1
TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	1	1	0	1
PAROSITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	1	1	0	1
CONTUSION MUSCULAR	1	1	0	1
INFECCION DE LAS URINAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1	1	0	1
TOTAL	63	405	5	97

NOMBRE	EQ	DÍAS EG	DÍAS AT	TOTAL DÍAS AT
MIRLEIVIS LILIANA VELEZ PEREZ	14	91	0	91
JUAN CARLOS ALVAREZ ARANGO	0	0	3	3
LUIS MARIANO RUIZ AGUDELO	13	50	0	50
ADRIANA MARIA JIMENEZ FRANCO	7	39	0	39
LIZ ALEIDA BETANCUR TOSON	14	32	0	32
SANTIAGO GUZMAN VALENCIA	11	30	0	30
DANIELA MARIN BERMUDEZ	13	21	0	21
ANGELA MARIA ZAPATA ROMERO	12	20	0	20
TANIA ALEJANDRA BOLIVAR BENTIVEZ	14	17	0	17
PAOLA ANDREA FERNANDEZ QUINTERO	11	15	0	15
ESTER FANNY ZEA GARCIA	12	11	0	11
ANA MARIA GONZALEZ ESCOBAR	12	10	0	10
MARTA ISABEL RUIZ AGUDELO	14	8	0	8
LUIS FERNANDO CASTAÑO MANDON	12	6	0	6
JUAN CARLOS VELASQUEZ BOLIVAR	12	5	0	5
ANTONIO JOSE RESTrepo TANGARIFE	11	5	0	5
CAROLINA LEMA FERNANDEZ	12	5	0	5
KATHERINE JULIETH SANTIAGO POLO	11	5	0	5
ANDRES MAURICIO MENESES FLOREZ	10	0	1	5
YULIETH ALEJANDRA ORTIZ VENGARA	13	4	0	4
GLORIA ELENA SANCHEZ ACEVEDO	12	4	0	4
LAURA URAN GONZALEZ	11	4	0	4
YESICA MARIA GOMEZ GUERRA	12	3	0	3
ELIZABETH MONTES OROZCO	11	3	0	3
MARIA CAMILA RAMIREZ SANCHEZ	12	3	0	3
ALEX DIDI ROMERO GELVEZ	11	3	0	3
ISABEL CRISTINA PEREZ OSPINA	11	3	0	3
BEATRIZ DEL SOCORRO PEREZ VILLA	11	3	0	3
DIANA MARCELA PELAEZ SERNA	11	2	0	2
AURA CRISTINA VELEZ HINESTROZA	12	2	0	2
MAURICIO DE JESUS PINEDA SANCHEZ	10	0	1	2
JOSE RICARDO LOBOA RODAS	11	1	0	1
TOTAL	63	405	5	97

Evaluación de los funcionarios:

Para el 2025, se tenía evaluación de un 99% del personal de carrera evaluado, en proceso DANIELA CASTAÑO.

Informe del SIGEP: Reglamentado en la Ley 909 de y la 2.004 y la Ley 2013 de 2.019. Es de obligatorio para todos los funcionarios y contratistas que tienen un vínculo con el Hospital, en el cual deben presentar el formato de Hoja de vida y la declaración de bienes y estos deben ser actualizados por los funcionarios cada año antes del 31 de julio y los contratistas cuando se les elabora el contrato. su seguimiento se llevó a cabo a través de la Subgerencia Administrativa



2.5. Proceso de Gestión de Bienes y Suministros - GBS:	
Responsable:	Subgerencia Administrativa.
Objetivo:	Planear, Adquirir, Administrar, Suministrar y Evaluar todos los elementos, materiales, insumos, material médico quirúrgico, medicamentos, bienes muebles e inmuebles, vehículos, equipos y sistemas (hardware y software), de forma transparente, oportuna, eficiente, eficaz y de calidad y así poder cumplir con los objetivos propuestos.
Documentos:	Plan anual de Adquisiciones, programa de activos fijos de XENCO, formato de inventarios de bienes de consumo, devolutivos y activos fijos, manual de procesos y procedimientos, indicadores, formatos, ordenes de alta y baja y planes de mejoramiento.
<p>Se elaboró, adopto y público el Plan anual de Adquisiciones en la página WEB, se cuenta con un funcionario que maneja los formatos de inventarios de bienes de consumo, devolutivos y activos fijos, manual de procesos y procedimientos, indicadores, formatos, ordenes de alta y baja. También se cuenta con el COMITÉ DE COMPRAS. su seguimiento se llevó a cabo a través de la Subgerencia Administrativa.</p>	
<p>Con respecto a los Bienes de Consumo: Inventario de Aseo y Cafetería: se realiza dos veces por vigencia</p> <p>Recomendaciones Se recomienda que se esté ajustando el Plan de Compras en el SECOP.</p>	
<p>Inventario de los Bienes muebles e inmuebles (Activos Fijos). se realiza dos veces por vigencia</p> <ol style="list-style-type: none">1) Aparecen en el programa de activos fijos funcionarios como responsables de bienes a su cargo que desde hace algún tiempo se retiraron de la entidad y no se ha registrado la novedad en el sistema. (Nombre del Funcionario y Documento de Identidad).2) Se encontraron en las diferentes áreas del hospital activos sin placa, al parecer fue arrancada por los usuarios y/o cuando se realiza el aseo, se caen3) En el en el programa de activos fijos Aparecen bienes en mal estado y no han sido retirados4) Hay muchos bienes que están totalmente depreciados y se debe organizar en contabilidad.5) Se encontraron bienes en las dependencias que no aparecen en el inventario. No han sido Ingresados.6) Revisadas de forma aleatoria se encontró que todas las dependencias presentaban alguna diferencia en lo real que tiene la dependencia contra el inventario que reporta el sistema	
<p>Recomendaciones.</p> <ol style="list-style-type: none">a) Organizar el módulo de XENCO de activos Fijos, actualizándolo y realizando los cambios requeridos en las diferentes categoríasb) Conocer muy bien el procedimiento de manejos de los activos fijos en el hospital por parte de la funcionaria encargada y demás funcionarios	

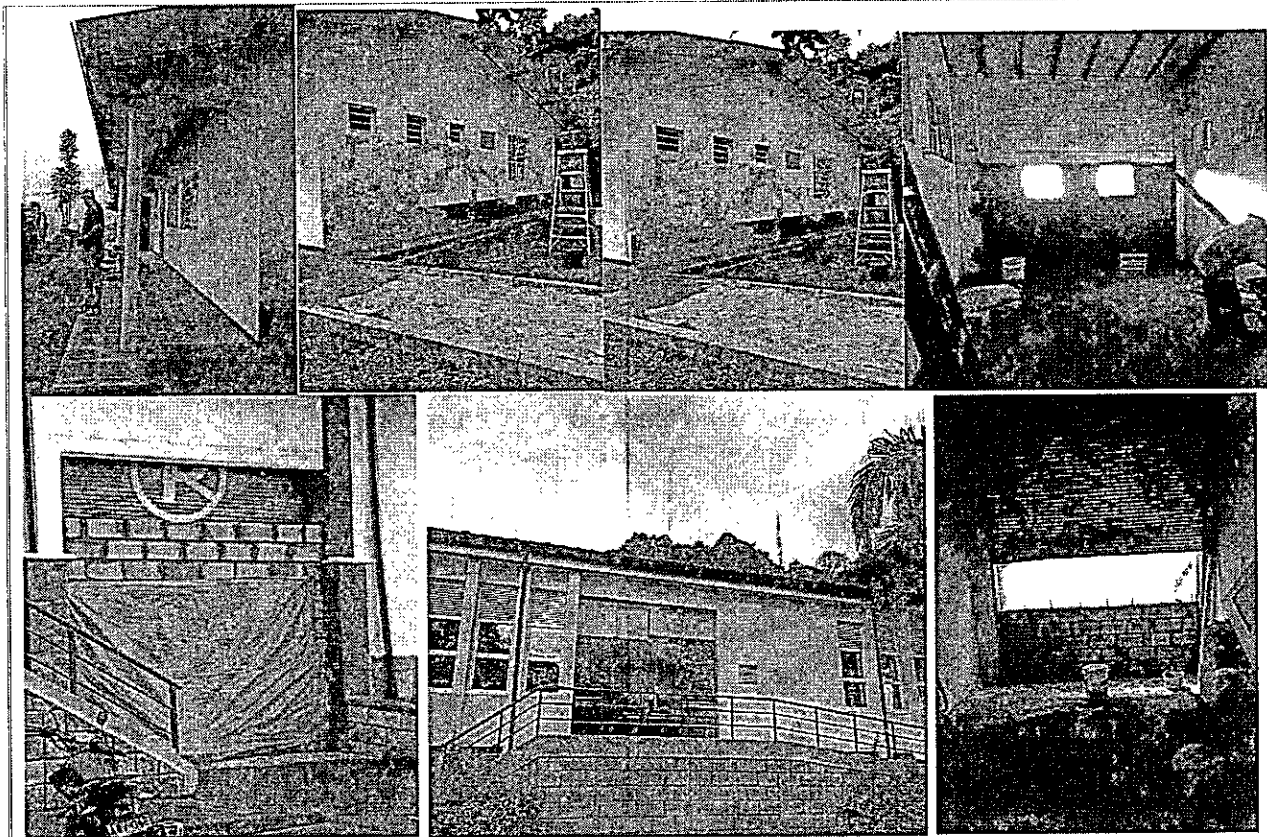


- c) No realizar ningún movimiento de activos fijos de las diferentes dependencias sin el debido documento y autorización (Traslados, Dar bajas, Ingresos altas, prestamos).
- d) Realizar la revisión del programa de inventarios por parte del contador con el fin de ajustarlo a la contabilidad
- e) Elaborar las evaluaciones semestrales de los proveedores.
- f) Se le debe elaborar un plan de mejoramiento para los puntos que se encuentran negativos o que no se están cumpliendo.
- g) Elaborar un documento con el acta de baja de los bienes que se deben sacar del inventario.
- h) Entregarle a cada una de las dependencias responsables el inventario definitivo y que sea recibido a satisfacción
- i) Ingresar en el módulo de activos fijos XENCO de acuerdo con el nombre de la factura
- j) Organizar el inventario de los concentradores de oxígeno
- k) Se debe revisar con el contador los avalúos comerciales y la depreciación
- l) Revisar Hojas de vida de los equipos

Plan Anual de Adquisiciones: Elaborado, Adoptado y publicado en la página WEB. El seguimiento se realiza mediante la evaluación de la ejecución presupuestal con corte a diciembre de 2.025, su seguimiento se llevó a cabo a través de la Subgerencia Administrativa

2.6. Proceso de Mantenimiento Hospitalario – MHO.

Responsable:	Subgerencia Administrativa
Objetivo:	Garantizar que la infraestructura, los equipos médicos, biomédicos, de información y comunicación, de apoyo y las ambulancias se mantengan en las mejores condiciones de operación, funcionalidad y seguridad en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia, con el fin de brindar una excelente prestación servicios de salud de una forma oportuna, segura, accesible, eficiente, digna y con calidad
Documentos:	Manual de procesos y procedimientos, Plan anual de mantenimiento Hospitalario, hoja de vida equipos, planes de mejoramiento e informes.
Informe:	Se cuenta con un proceso de Mantenimiento Hospitalario. <ul style="list-style-type: none">• Mantenimiento a Equipos Médicos• Mantenimiento a Equipos de Cómputo, Comunicación y Otros• Mantenimiento a la infraestructura física• Mantenimiento al parque automotor



CONCEPTO	2015 (COP MIL)	(%)	2016 (COP MIL)	(%)	Ejecución a 31 de Dic.	(%)	Pagos a 31 de Dic.	Saldo a ejecutar a 31 de Dic.
1. Total de ingresos	\$ 7.699.285.644	100%	\$ 10.885.360.231	100%	\$ 729.773.523	7%	\$ 723.819.199	\$ 10.155.586.708
2. Valor de los contratos con la Nación y con las Entidades Territoriales (3)	\$ -	0%	\$ -	0,00%	\$ -	-	\$ -	\$ -
3. Recursos asignados a:								
3.1 Mantenimiento de la Infraestructura								
- Edificios	\$ 10.000.000,0	0,1299%	\$ 20.736.413	0,1905%	\$ 20.736.413	0,1905%	\$ 20.736.413	\$ -
- Instalaciones Físicas	\$ 20.000.000,0	0,2598%	\$ 35.082.138	0,3223%	\$ 35.082.138	0,3223%	\$ 35.082.138	\$ -
- Sistema de Redes	\$ 20.000.000,0	0,2598%	\$ 18.953.132	0,1741%	\$ 18.953.132	0,1741%	\$ 18.953.132	\$ -
- Areas Adyacentes	\$ 20.000.000,0	0,2598%	\$ 6.407.456	0,0589%	\$ 6.407.456	0,0589%	\$ 6.407.456	\$ -
- Otras	\$ -	0,0000%	\$ 18.731.840	0,1721%	\$ 18.731.840	0,1721%	\$ 18.731.840	\$ -
3.2 Mantenimiento de la Dotación								
- Equipo Biomédico								
- De imágenes diagnósticas	\$ 3.000.000,0	0,0390%	\$ 28.928.730	0,2658%	\$ 28.928.730	0,2658%	\$ 28.928.730	\$ -
- De laboratorio	\$ 7.000.000,0	0,0909%	\$ 38.741.555	0,3559%	\$ 38.741.555	0,3559%	\$ 38.741.555	\$ -
- De terapia, tratamiento y rehabilitación	\$ 7.000.000,0	0,0909%	\$ 47.997.881	0,4409%	\$ 47.997.881	0,4409%	\$ 47.997.881	\$ -
- Otros de diagnóstico	\$ 8.000.000,0	0,1039%	\$ 44.242.817	0,4064%	\$ 44.242.817	0,4064%	\$ 44.242.817	\$ -
- De mantenimiento de la vida	\$ 15.000.000,0	0,1948%	\$ 53.907.777	0,4952%	\$ 53.907.777	0,4952%	\$ 49.524.253	\$ -
- Equipo Industrial de Uso Hospitalario								
- Plantas eléctricas	\$ 5.000.000	0,0649%	\$ 7.550.810	0,0694%	\$ 7.550.810	0,0694%	\$ 7.550.810	\$ -
- Equipos de lavandería y cocina	\$ 7.000.000	0,0909%	\$ 4.685.054	0,0430%	\$ 4.685.054	0,0430%	\$ 4.685.054	\$ -
- Bombas de agua, calderas	\$ -	0,0000%	\$ -	0,0000%	\$ -	0,0000%	\$ -	\$ -
- Autoclaves y esterilización	\$ 25.000.000	0,3247%	\$ 19.206.710	0,1764%	\$ 19.206.710	0,1764%	\$ 19.206.710	\$ -
- Refrigeración y aire acondicionado	\$ -	0,0000%	\$ -	0,0000%	\$ -	0,0000%	\$ -	\$ -
- Relacionados con servicios de apoyo	\$ -	0,0000%	\$ 26.286.907	0,2415%	\$ 26.286.907	0,2415%	\$ 26.286.907	\$ -
- Otros vehículos	\$ 95.000.000	1,2339%	\$ 184.458.474	1,6946%	\$ 184.458.474	1,6946%	\$ 184.458.474	\$ -
- Muebles de uso Administrativo y Asistencial	\$ 10.000.000	0,1299%	\$ 12.007.445	0,1103%	\$ 12.007.445	0,1103%	\$ 12.007.445	\$ -
- Equipo de Comunicaciones e Informática	\$ 133.000.000	1,7274%	\$ 161.848.384	1,4868%	\$ 161.848.384	1,4868%	\$ 161.848.384	\$ -
TOTAL	\$ 385.000.000	5,000%	\$ 729.773.523	6,704%	\$ 729.773.523	6,704%	\$ 725.389.999	\$ -

Recomendaciones:

- 1) Recordar a la Subgerencia Administrativa que debe asignar una partida presupuestal para el 2.026 que se denomine mantenimiento hospitalario.



- 2) Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan anual de mantenimiento del 2.026 de acuerdo con el nuevo presupuesto y enviarlo a la seccional de salud de Antioquia.
- 3) Revisar muy bien los listados de equipos y de activos fijos con los que se elabora el plan.

2.7. Proceso de Control de Gestión - COG:

Responsable:	Asesor de Control Interno
Objetivo:	Realizar actividades encaminadas a verificar que en la Empresa Social del estado Hospital San Juan de Dios de Concordia se establezcan políticas, planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación, evaluación y mejoramiento continuo a la gestión, con el fin de garantizar los principios de responsabilidad, transparencia, eficiencia, eficacia, economía, celeridad e imparcialidad, de acuerdo con la normatividad vigente ayudando al cumplimiento de la misión, objetivos y metas institucionales.
Documentos:	Plan anual de Auditorías Internas, Manual de procesos y procedimientos, Código de Ética del Auditor, fichas técnicas de indicadores, mapas de riesgos, Informes, actas de comités, Hojas de vida, contratos, formatos, planes, guías, instructivos y planes de mejoramiento

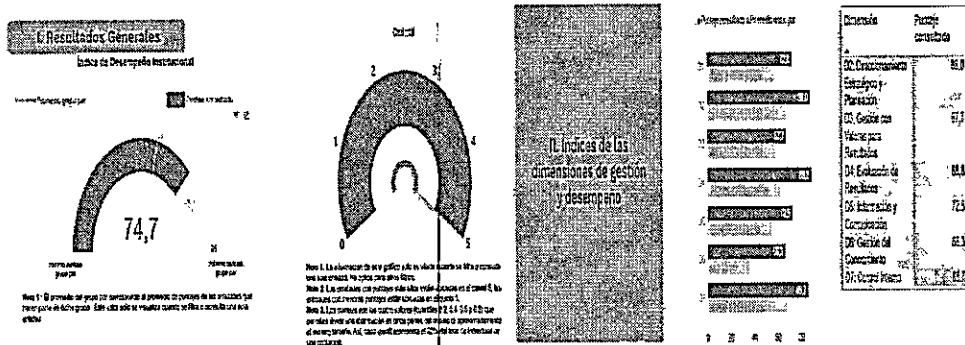
Manual de Procesos Control de Gestión: Se tiene un manual de procesos, mapa de riesgos, plan anual de auditorías, seguimiento a procesos.

Plan Anual de Auditorías Internas: Todos los años la oficina de Control interno presenta al comité un Plan de Auditorías internas para su aprobación



Reporte de Informes de Control Interno: La oficina de control interno del Hospital tiene dentro de sus funciones responder por el reporte de la siguiente información:

- ❖ Informe Ejecutivo Anual Evaluación del Sistema de Control Interno de cada vigencia FURAG en los meses de febrero y marzo de cada año.



Informe de la Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones PQRSDf para la vigencia del 2.025.

El sistema de información y atención al usuario, está definido como un conjunto de procesos que se desarrollan con el objetivo de construir los medios más adecuados para la protección de los usuarios, lograr el acierto en la toma de decisiones y garantizar el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

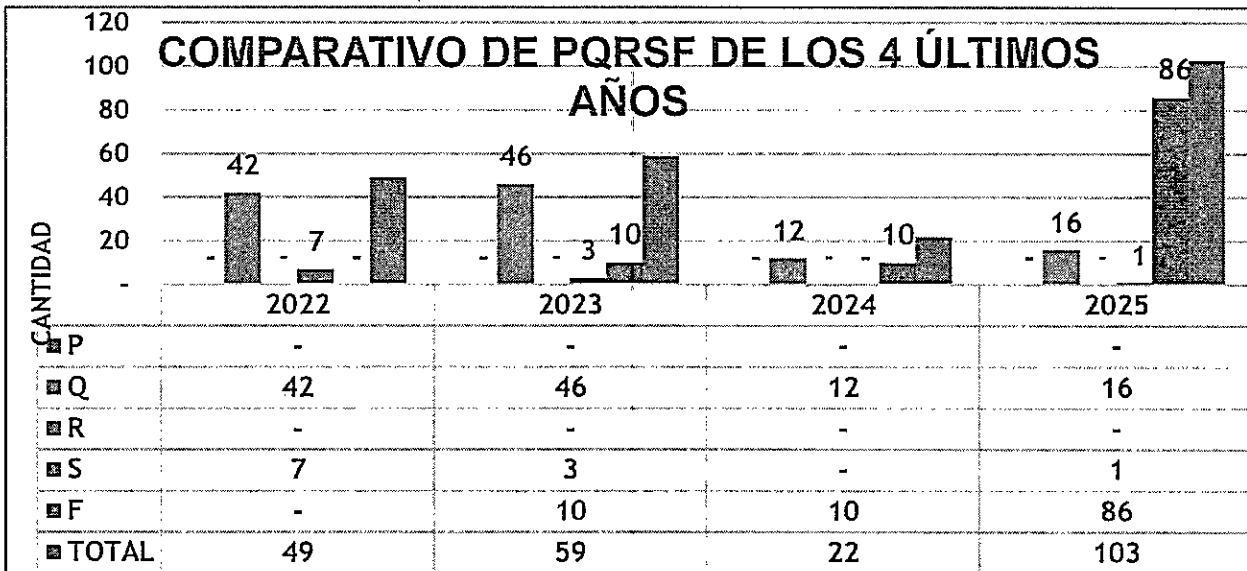
Con la información de las PQRSDf se realiza un cuadro consolidado de forma anual que sirve como un insumo para la evaluación de la oficina de Control interno en la institución el cual se adjunta a continuación:

Resultado de las PQRSDf recibidas por servicios en el año 2.025 segundo semestre.

Actividad o dependencia	Total					Total
	P	Q	R	S	F	
De asignación de citas		9				9
Del servicio de urgencias		4		1		19
De Hospitalización						3
De Farmacia		1				11
De Odontología		2				20
De Rayos X						5
De acciones de P y P						17



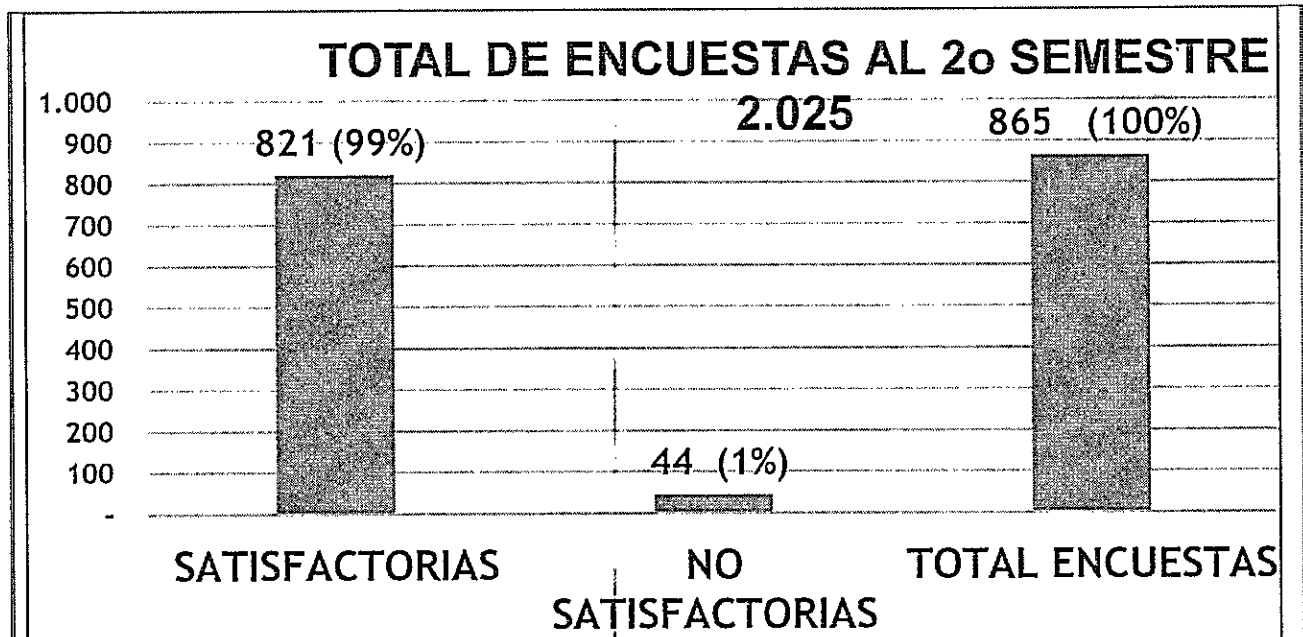
De Laboratorio					9	9
De Archivo		1				1
De área Administrativa Atención al Usuario		1				1
GRAN TOTAL 2o SEMESTRE 2025	-	18	-	1	84	103
Porcentajes 2o semestre 2025	0%	17%	0%	1%	82%	100%
GRAN TOTAL 1o SEMESTRE 2025	-	15	-	2	5	22
Porcentajes 1o semestre 2025	0.0%	68%	0.0%	9.0%	23%	100%



2.7.1.1. Resultado de los servicios prestados del año 2.025.

Durante el año 2025 se registró un total de 1,722 citas inasistidas, lo que equivale a un promedio mensual de 144 citas no asistidas.

2.7.1.2. Resultado de las encuestas de satisfacción del año 2.025



Motivos más frecuentes para las PQRS.

EN FARMACIA:

- Se sugiere tener más personal para la atención en la farmacia.
- No se entregan todos los medicamentos en las formulas, porque no los había.
- Muy demorados para la entrega del medicamento.
- Se sugiere que las funcionarias mejoren la atención a los usuarios.

EN URGENCIAS:

- Muy demorada la atención en urgencias cuando ingresan al TRIAJE, mejorar la oportunidad en la atención.
- El médico de urgencias no acertó con el diagnóstico adecuado.
- Mala atención por parte de un médico en el servicio.

EN ADMISIONES: No contestan el teléfono o se demora mucho y cuando se piden personalmente ya no hay.

EN CONSULTA EXTERNA:

- Usuario inconforme con la atención que le brindaron.
- Mucha demora en la atención médica.

EN ODONTOLOGÍA:

Retraso en las agendas

Recomendaciones.

- 1) Fortalecer la inducción y reinducción a todos los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia sobre el manejo e implementación del procedimiento de las PQRSDF.



- 2) Capacitar a la Asociación de Usuarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia sobre el procedimiento de PQRSDf y hacerle entrega de los formatos para formulación.
- 3) Es importante resaltar que se ha mejorado notablemente en la atención al usuario por todo el personal que labora en el Hospital, se debe continuar prestando un servicio con calidad, oportunidad y más humanizado.
- 4) Es muy importante que se tenga identificado los temas más recurrentes del procedimiento de las PQRS, con el fin de establecer espacios con los líderes de los procesos con el fin de mejorar la prestación de servicios.
- 5) Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento resultado del procedimiento de las PQRS.
- 6) Organizar el lenguaje que se utiliza en los cuestionarios con el fin de que cualquier usuario la entienda y la pueda elaborar
- 7) Brindar una respuesta oportuna, completa y clara a todas la PQRSDf que se radiquen en el Hospital
- 8) Fortalecer entre los líderes de los diferentes procesos misionales el llenar los diferentes números de encuestas que le son asignadas por proceso
- 9) Como está diseñada la encuesta no se puede determinar en qué servicio se presentan encuestas insatisfactorias. Mirar si se puede ajustar.

Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Resultado de las Actividades de las Dimensiones de MIPG durante el año 2025.

NOMBRE DEL PLAN	Actividades Ejecutadas	Actividades No Ejecutadas	Total Actividades	% de Cumplimiento
Plan institucional de archivos pinar	10	1	11	91%
Plan de adquisiciones	20	0	20	100%
Plan de vacantes	12	1	13	92%
Plan de previsión de recursos humanos	14	0	14	100%
Plan estratégico de talento humano	71	11	82	87%
Plan institucional de capacitaciones	16	14	30	53%
Plan de incentivos institucionales	6	4	10	60%
Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo	207	4	211	98%
Plan anticorrupción y atención al ciudadano	48	8	56	86%
Plan estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones PETI	18	3	21	86%
Plan de tratamiento de riesgos de la seguridad y privacidad de la información	11	0	11	100%
Plan de seguridad y privacidad de la información	35	2	37	95%
TOTAL	468	48	516	91%



Los Indicadores de calidad: Estos son tenidos en cuenta para la evaluación de las diferentes áreas durante la vigencia del 2.025 y que son otro de los insumos para la evaluación de la oficina de control interno.

Los servicios se mantienen habilitados ante la dirección Seccional de Salud, según la resolución 3100 de 2019:

- Hospitalización adultos
- Hospitalización pediátrica
- Enfermería
- Ginecobstetricia
- Medicina general
- Medicina interna
- Nutrición y dietética
- Odontología general
- Pediatría
- Psicología
- Vacunación
- Laboratorio clínico
- Servicio farmacéutico
- Terapia respiratoria
- Fisioterapia
- Imágenes diagnosticas – ionizantes
- Imágenes diagnosticas - no ionizantes
- Radiología odontológica
- Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
- Atención del parto
- Urgencias
- Transporte asistencial básico

Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC

Actividades Previas

- Definición del equipo de mejoramiento continuo PAMEC
- Resolución de actualización del comité de calidad
- Cronograma de la ruta crítica del PAMEC
- Revisión y ajuste de la metodología del PAMEC
- Revisión y ajuste de los documentos de trabajo
- Presentación del alcance del PAMEC para el periodo, logros del periodo anterior, cronograma de implementación.
- Sensibilización en el proceso del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC) al personal de la institución
- Socialización a la comunidad a través de programa radial



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

RESOLUCION N° 187
20 de Junio de 2024

Por medio de la cual se Conformar El Comité del Programa de Auditoria de la Calidad en Salud, PAMEC, y se establece la metodología para la autoevaluación de los Estándares Acreditación en el ciclo del Mejoramiento Continuo de la Calidad

AUTOEVALUACION: Autoevaluación cualitativa y cuantitativa frente a los estándares de acreditación

Consolidado de estándares.

CONSOLIDADO DE LOS RESULTADOS POR GRUPO DE ESTÁNDARES 2025	SUMATORIA 2025	TOTAL ESTÁNDARES
Grupo de Estándares de Cliente Asistencial	68,76	56,0
Grupo de Estándares de Direccionamiento	12,50	12,0
Grupo de Estándares de Gerencia	19,20	15,0
Grupo de Estándares Talento Humano	19,90	17,0
Grupo de Estándares de Ambiente Físico	12,80	11,0
Grupo de Estándares de Gestión de la Tecnología	9,10	8,0
Grupo de Estándares de Gerencia de la Información	16,50	14,0
Grupo de Estándares de Mejoramiento	6,30	5,0
SUMATORIA	165,06	138
CALIFICACION		1,20

SELECCIÓN DE PROCESOS

- Capacitación en metodología de selección,
- Asociación de las oportunidades de mejora a los procesos e identificación del proceso con mayor número de oportunidades de mejora para seleccionarlo.
- Socialización de la resolución 5095 de 2018 al equipo PAMEC

ESTÁNDARES PRIORIZADOS:

- Capacitación en metodología de priorización (Riesgo, costo, volumen).



- Revisión de las fortalezas, soportes de las fortalezas y oportunidades de mejora de la autoevaluación 2025,
- Priorización de las oportunidades de mejora
- Estándar 49. Código: (AsEV3), Estándar 80. Código: (DIR.5)

Estándar 49. Código: (AsEVA3)



La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.

Criterios:

1. La organización garantiza que el personal asistencial conoce la definición y el proceso referidos en el estándar.
2. El personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización.
3. La evaluación de la adecuación de la utilización del servicio se hace con base en criterios explícitos y priorizando la seguridad del paciente.

Estándar 80. Código: (DIR.5)



La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Se realiza socialización de los formatos de medición inicial y se explica el proceso de implementación

MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO

- MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO

Resultado de autoevaluación
Medición de indicadores
Auditoria de procesos"

- ELABORAR PLAN DE ACCIÓN

Elaboración plan de acción

- EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN



Programa de auditoría interna
Control de eficacia
Medición de indicadores
Implementación plan de acción

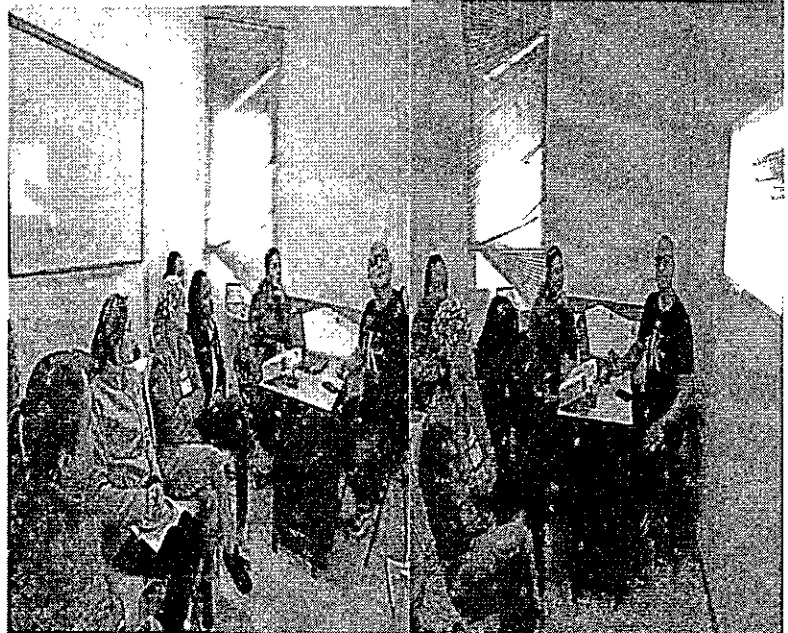
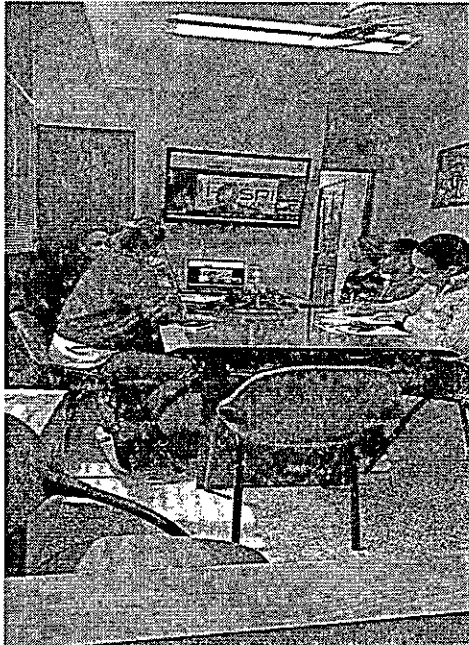
■ **EVALUCIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN**

Mediante la verificación del cierre de ciclos de mejora

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Mediante acciones de: Retroalimentación de resultados, Estandarización y ajuste de procesos, Divulgación de experiencias exitosas, Capacitación y reentrenamiento del personal.

COMITÉ DE CALIDAD. Se realizó los comités de calidad mensualmente con el propósito de evaluar los indicadores de producción de los servicios y tomar correctivos al respecto.



CAMPAÑA SEMANA DE LA HUMANIZACION (EQUIPO PAMEC)

**Capacitación para personal asistencial y administrativo
22 de octubre 2025**

El equipo interdisciplinario de calidad de la institución trabaja en base a la resolución 5095 de 2018 de acreditación el "Estándar 80 (DIR5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas."

Garantizar una atención humanizada hacia los pacientes y hacia el personal de la institución



HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- Las 5H de la humanización
- 1 Humanizo cuando miro a los ojos
 - 2 Humanizo cuando Saludo
 - 3 Humanizo cuando me pongo en el lugar del otro
 - 4 Humanizo cuando Sonrio
 - 5 Humanizo cuando doy las gracias
- EQUIPO PAMEC

EN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Atendemos a los Pacientes con empatía

Comprendemos nuestro Personal.

Manejamos el dolor

Somos conscientes de la importancia de la familia en la recuperación del paciente

Apoyamos emocionalmente y espiritualmente al final de la vida

¿QUE ES LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD?
Hace referencia a las relaciones que se establecen en la institución, entre el paciente, y el personal de la salud (a sea administrativo, asistencial o directivo) dando un trato digno y humano.

A veces, lo más profesional que puedes hacer... es acompañar con humanidad.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS



POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia

"Cuidamos la vida con calidad, calidez y dignidad"

En nuestro hospital creemos que cada atención es un encuentro humano. Nuestra Política de Humanización promueve una atención centrada en las personas, las familias y la comunidad, donde el respeto, la empatía y la comunicación son el corazón del servicio.

¿Qué significa humanizar la salud?

Significa cuidar con amor, escuchar con paciencia, hablar con respeto y actuar con compasión. Humanizar es reconocer al otro como ser humano antes que como paciente.

Nos comprometemos a:

- Brindar un trato digno, amable y empático.
- Cuidar el bienestar físico, emocional y espiritual de quienes confían en nosotros.
- Promover entornos seguros, cálidos y accesibles.
- Valorar y cuidar a nuestro talento humano.
- Escuchar activamente a nuestros usuarios y sus familias.

Porque en el Hospital San Juan de Dios de Concordia, humanizar es nuestra forma de servir.

"A veces lo más profesional que podemos hacer... es acompañar con humanidad"

INFORME DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES:

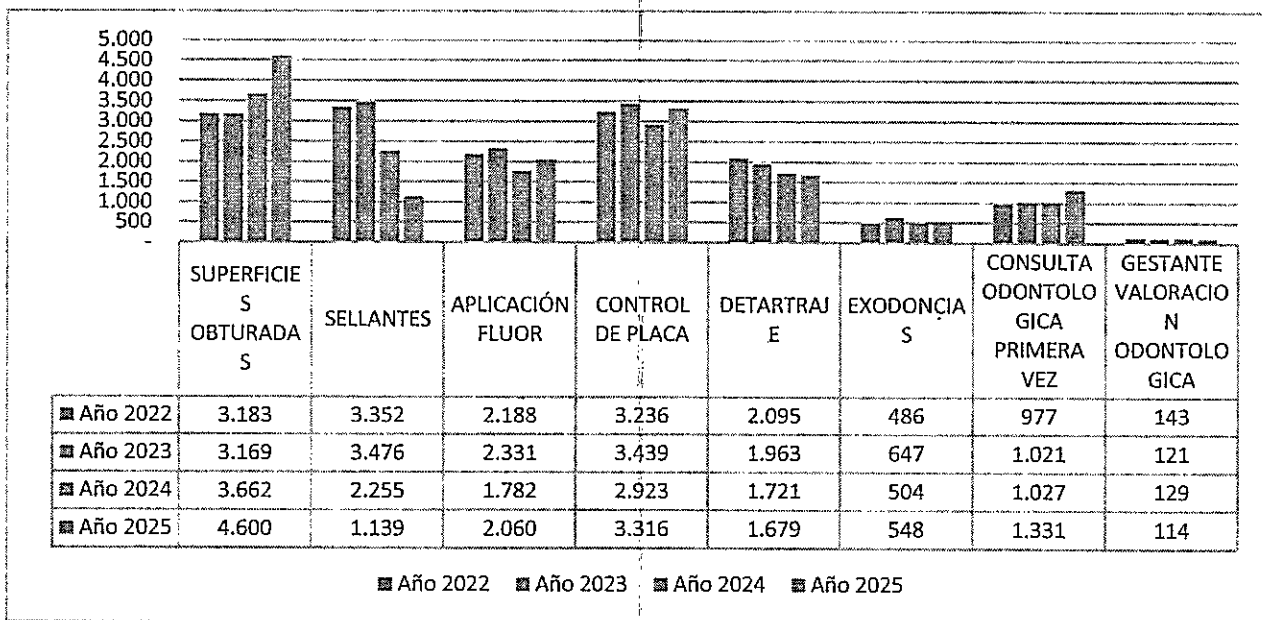
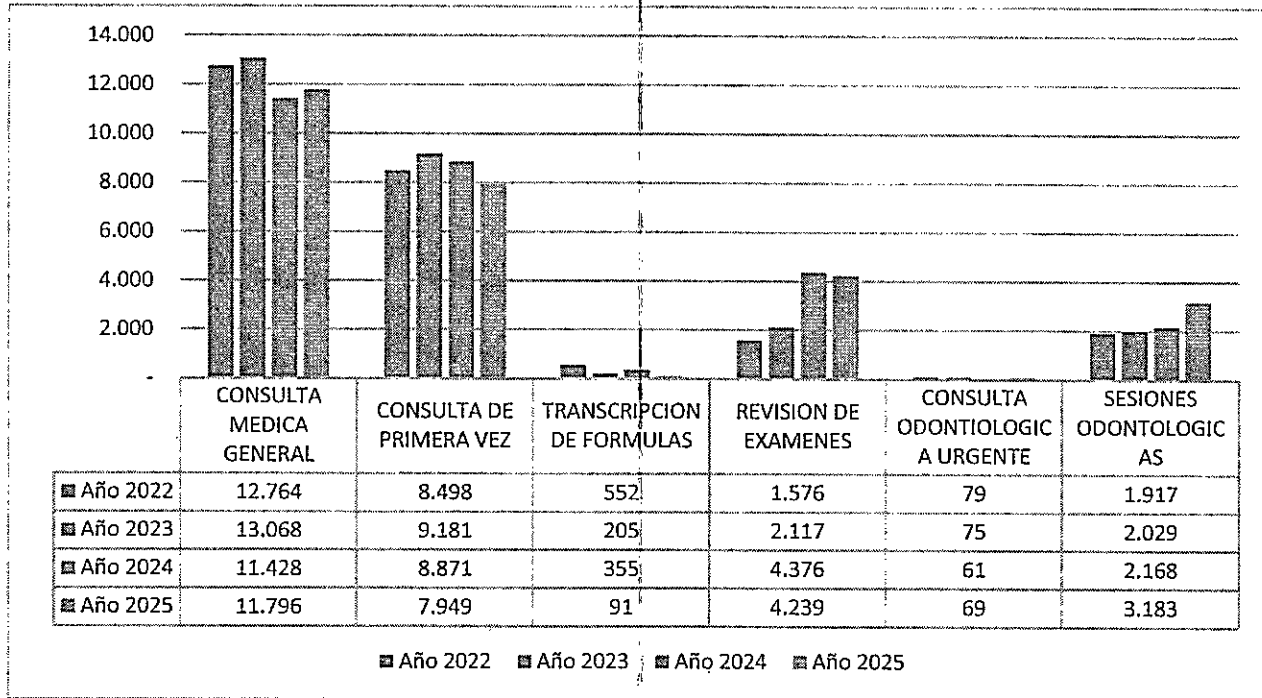
El área de atención al usuario comprende el conjunto de unidades orgánico - funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de Servicios de Salud con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Las realizaciones en los procesos asistenciales, se señalan de manera cuantitativa en lo que tiene que ver con la frecuencia de uso de los servicios de salud que brinda la Empresa Social del Estado a la comunidad concordiana,

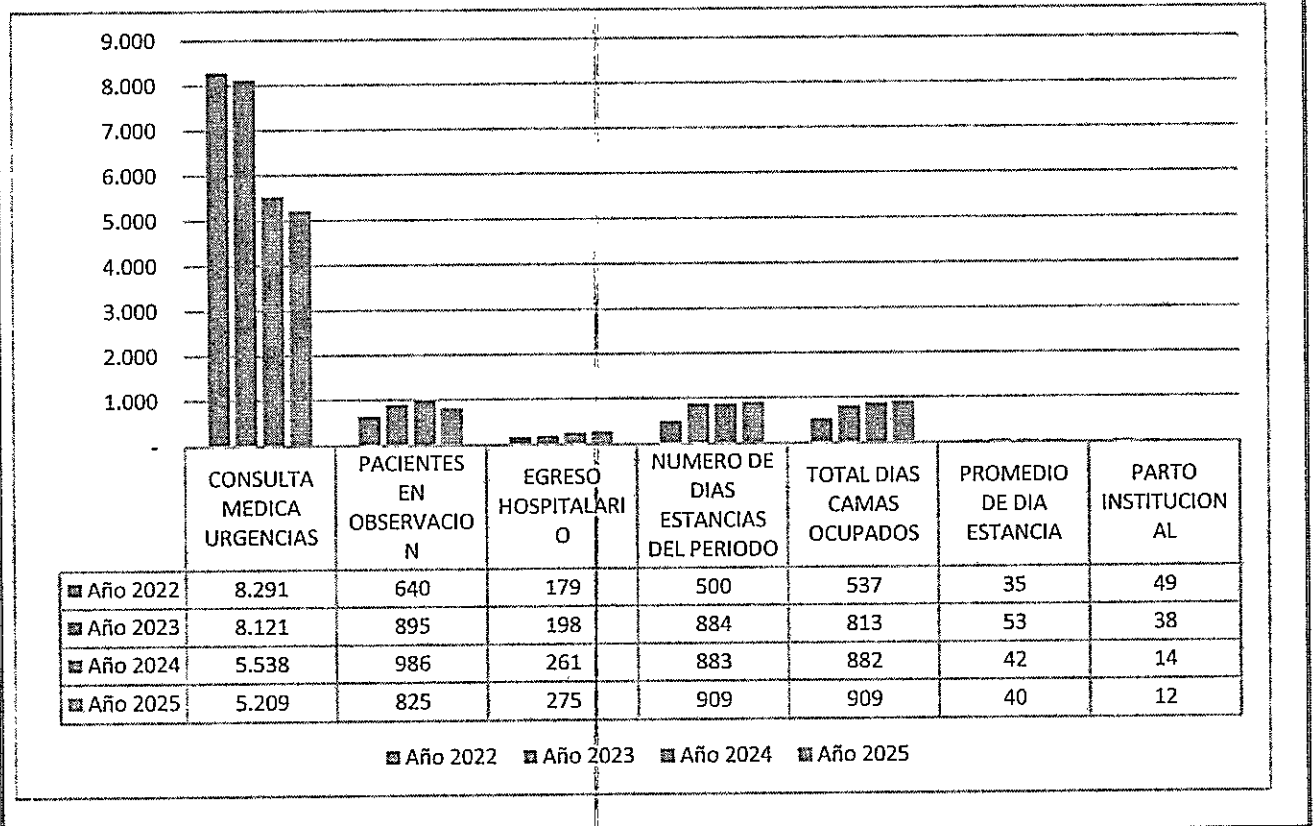
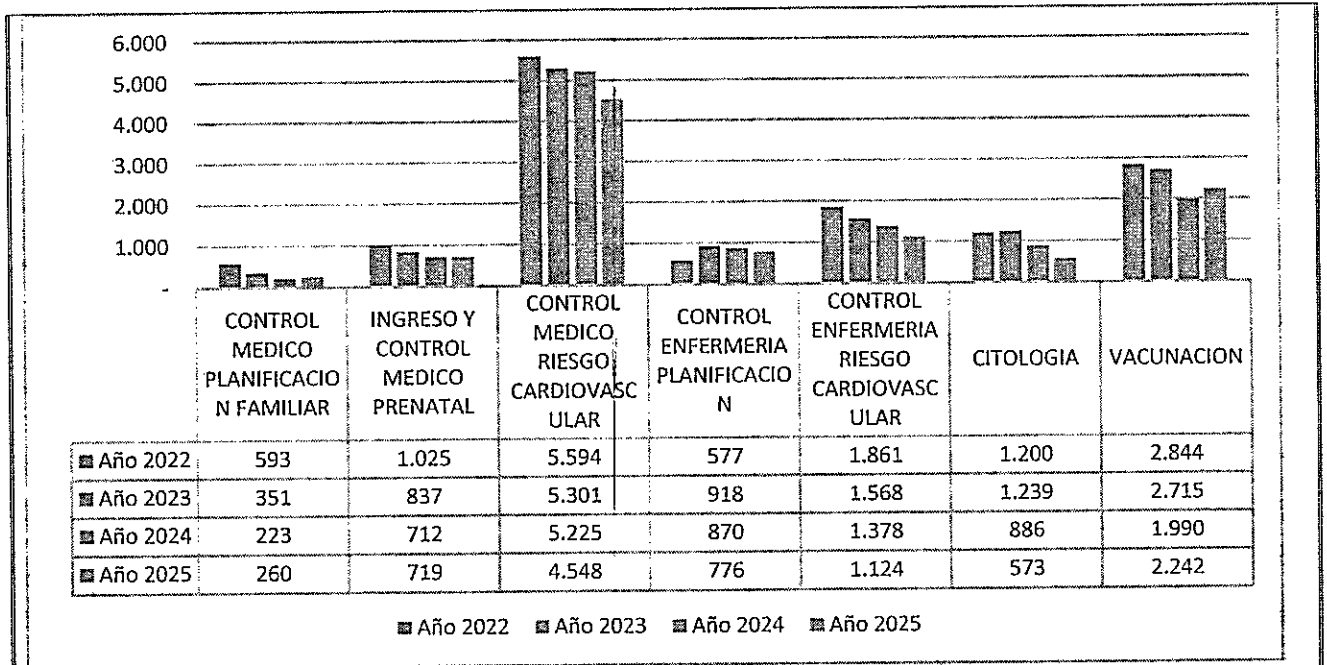
Actividades desarrolladas por el personal encargado de la atención en salud, que buscan mejorar la calidad de vida (salud) y generar satisfacción en los usuarios.

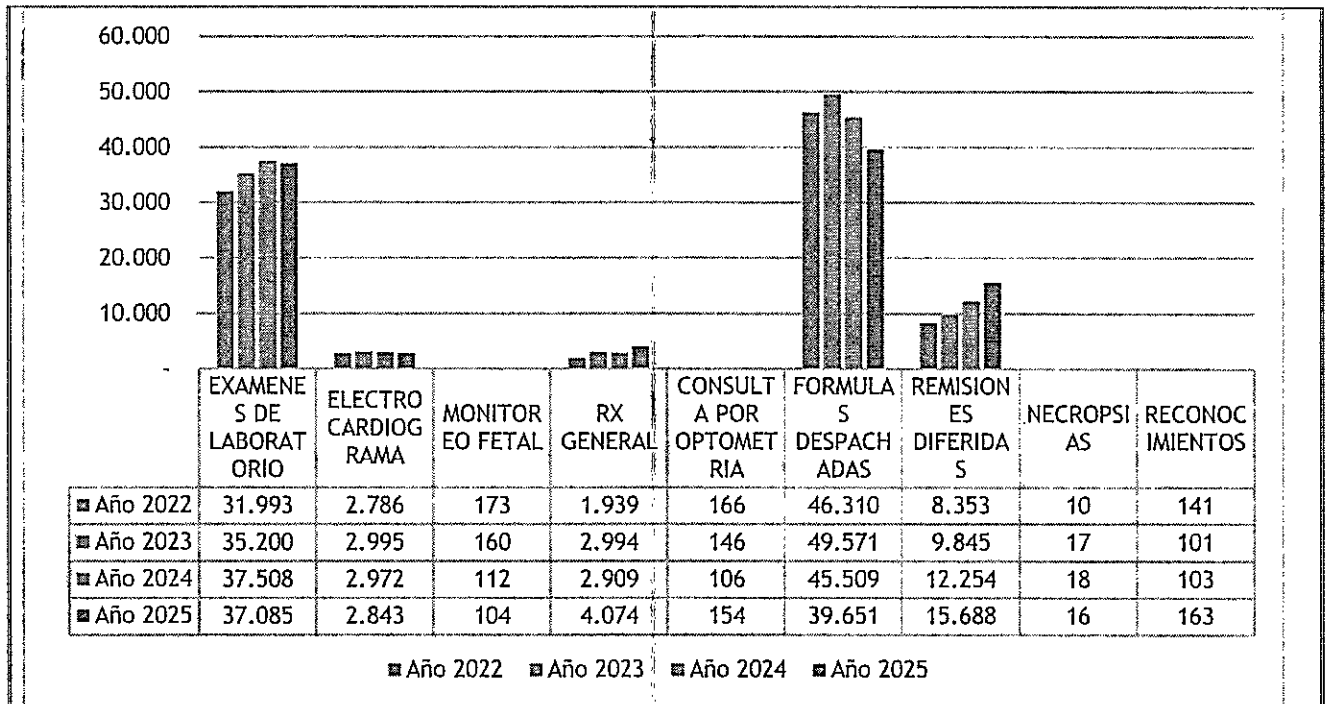


Durante el año 2.024, se realizaron un total de 74.446 atenciones a los usuarios en los diferentes servicios que ofrece el hospital. Para el año 2025 se realizaron un total de 105.169 atenciones. Donde se presentó un incremento de 30.723 atenciones, equivalente a un 29%.

COMPARATIVO DE LOS 4 ÚLTIMOS AÑOS EN ACTIVIDADES REALIZADAS







OTROS SERVICIOS DE HABILITACION

- PEDIATRÍA
- MEDICINA INTERNA
- GINECOLOGÍA
- NUTRICIÓN
- PSICOLOGÍA
- TERAPIA RESPIRATORIA
- FISIOTERAPIA

2.8. Proceso de Gestión Financiera - GFI

Responsable:	Subgerencia Administrativa
Objetivo:	Revisar los diferentes procedimientos relacionados con el proceso de la Gestión Financiera en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia con corte a 31 de diciembre de 2.023 y presentar el informe final de auditoría al comité de control interno.
Documentos:	Cuadro de cuentas por pagar, cuadro de glosas, cuadro de cuentas por cobrar, presupuestos de ingresos y gastos, cuadro de facturación, boletines de cajas, conciliaciones, estados financieros, cuadro de caja menor y planes de mejoramiento.

Gestión financiera: Es el más importante de los procesos de apoyo administrativo ya que es el determinante principal de la viabilidad de la entidad en el largo plazo.



DEFINITIVO	INGRESOS		% RECAUDO DE LO RECONOCIDO	GASTOS		EQUILIBRIO	DEFICIT / EXCEDENTE PRESUPUESTAL		
	RECONOCIMIENTOS	RECAUDOS		COMPROMISOS	PAGOS		Con Reconocimientos	Con Recaudos	Con Reconocimientos
	A	B	C	D	E	F = A/D	G = B/D	H = A-D	G = B-D
\$ 9.409.801.247	\$ 9.016.562.879	\$ 7.164.989.925	79,46%	\$ 7.863.879.145	\$ 6.869.718.790	114,66%	91,11%	\$ 1.152.683.734	- \$ 698.889.220

SEGUIMIENTO A LA EJECUCION PRESUPUESTAL VIGENCIA -2.025

DEFINITIVO	INGRESOS		% RECAUDO DE LO RECONOCIDO	GASTOS		EQUILIBRIO		DEFICIT / EXCEDENTE PRESUPUESTAL	
	RECONOCIMIENTOS	RECAUDOS		COMPROMISOS	PAGOS	Con Reconocimientos	Con Recaudos	Con Reconocimientos	Con Recaudos
	A	B	C	D	E	F = A/D	G = B/D	H = A-D	G = B-D
\$ 12.872.627.356	\$ 13.885.846.408	\$ 11.450.603.897	82,46%	\$ 10.248.755.347	\$ 10.140.253.957	135,49%	111,73%	\$ 3.637.091.061	\$ 1.310.349.940

INFORME DE FACTURACION VIGENCIA 2025

Facturación Comparativo año 2.024 vs 2.025.

Categorías	Año 2.024	% 2.024	Año 2.025	% 2.025	Variación
EPS	1.815.404.273	23,4%	3.601.504.486	31%	1.786.100.213
EPS-S	4.581.772.421	59,1%	5.967.558.398	52%	1.385.785.977
ARL	73.715.274	1,0%	123.045.023	1%	49.329.749
SOAT	277.852.534	3,6%	752.687.472	7%	474.834.938
OTRAS	1.007.515.390	13,0%	1.046.175.427	9%	38.660.037
TOTAL	7.756.259.892	100,0%	11.490.970.806	100,0%	3.734.710.914

RECAUDO TODAS LAS ENTIDADES A 31 DE DICIEMBRE DE 2025

Recaudo por Régimen 2025	Valor recaudo
ACCIDENTES DE TRANSITO	131.651.697



AMINISTRADORAS DE RIESGOS PROFESIONALES	106.559.237
ASEGURADORAS DE VIDA	10.689.759
ENTIDADES PARTICULARES	1.320.198.831
EPS CONTRIBUTIVO	5.580.156.668
OTRAS CUENTAS POR COBRAR	48.699.419
POBLACION POBRE NO ASEGURADA	392.471.478
REGIMEN ESPECIAL	110.044.489
REGIMEN SUBSIDIADO	3.934.946.379
SALUD PUBLICA	286.268.640
Total general	11.921.686.598

TOTAL, CARTERA A 31 DE DICIEMBRE DE 2025.

ENTIDAD	Total general
ADMINISTRACIÓN ANTERIOR	\$ 1.294.807.098
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	\$ 629.195.478
CAFESALUD EPS	\$ 153.898.312
ECOOPSOS EPS SAS	\$ 69.283.482
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	\$ 54.455.196
ADRES	\$ 32.015.316
EPS SURAMERICANA SA	\$ 30.170.984
MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	\$ 29.286.718
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A	\$ 28.012.096
SEGUROS DEL ESTADO SOAT	\$ 22.795.783
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A	\$ 19.506.768
SALUDCOOP EPS	\$ 19.415.488
ECOOPSOS ARS	\$ 18.083.461
COOMEVA E.P.S.	\$ 17.786.713

ENTIDAD	TOTAL GENERAL
NUEVA ADMINISTRACIÓN	\$ 489.009.233
FONDO NACIONAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	\$ 519.971.869
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	\$ 299.007.518
SALUD TOTAL E.P.S.	\$ 152.177.637



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A	\$ 109.245.297
CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL 2017 ADRES	\$ 97.653.165
MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	\$ 78.835.683
SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR SOAT	\$ 77.317.074
EPS SURAMERICANA SA	\$ 77.225.944
MUNICIPIO DE CONCORDIA	\$ 61.384.432
LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS	\$ 61.199.685
NUEVA EPS S.A.	-\$ 2.321.695.842

2.3.2.3. INFORME DE CUENTAS POR PAGAR

Categorías	Promedio 4o Trim 2024	%	Promedio 4o Trim 2025	%	Variación
< 30	648.235.508	43,9%	32,204,517	25%	(616,030,991)
< 60	64.290.850	4,4%	0	0%	(64,290,850)
< 90	119.589.722	8,1%	2,475,000	2%	(117,114,722)
<180	98.802.263	6,7%	0	0%	(98802263)
< 360	228.724.030	15,5%	5,836,800	5%	(222,887,230)
>360	315.710.843	21,4%	88,910,241	69%	(226,800,502)
TOTAL	1.475.353.216	100,0%	129,426,558	100,0%	(1,345,926,658)

2.3.2.4. INFORME DE CONTABILIDAD:

ESTADOS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA – BALANCE 2025 vs 2024.

	AÑO 2025	AÑO 2024	VARIACION.
ACTIVO			
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	4,372,033,933	3,547,130,879	824,903,054
11 EFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFECTIVO	3,436,930,014	230,378,764	3,206,551,249



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

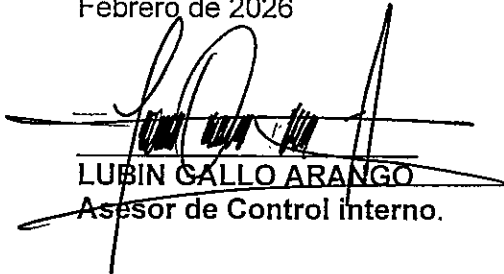
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

13	CUENTAS X COBRAR < 360 DIAS	527,221,770	2.929.656.252	-2,402,434,482
15	INVENTARIOS	282,477,904	274.138.639	8,339,265
19	OTROS ACTIVOS	71,063,848	-68,456,826	2,607,022
	TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	6,019,700,088	4,195,707,177	1,823,992,911
12	INVERSIONES E INSTRUMENTOS DERIVADOS	0	0	0
13	CUENTAS POR COBRAR >360DIAS	2,118,448,645	212.987.987	1,905,460,058
15	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	3,901,251,443	3.959.015.936	-57,764,493
19	OTROS ACTIVOS	0	23,703,254	-23,703,254
	TOTAL ACTIVO	10,391,734,021	7.742.838.056	2,648,895,965

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA – BALANCE 2025 vs 2024.

PASIVO		2024	2025	VARIACION
	TOTAL PASIVO CORRIENTE	2,751,114,741	2.658.813.874	92,300,867
24	CUENTAS POR PAGAR	258,062,347	981.366.219	-723,303,872
25	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	200,838,268	929.399.070	-728,559,802
29	OTROS PASIVOS	2,292,213,126	748.048.585	1,544,164,541
	TOTAL PASIVO NO CORRIENTE	0	0	0
	TOTAL PASIVO	2,751,114,741	2.658.813.874	92,300,867
PATRIMONIO				
32	PATRIMONIO DE LAS ENTIDADES DE GOBIERNO	7,640,619,280	5.084.024.182	2,556,595,098
	TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	10,391,734,021	7.742.838.056	2,648,595,965

Febrero de 2026


LUBIN GALLO ARANGO
Asesor de Control interno.

Código del Proceso: 2100-21	Versión: 6.0 - 2023	Elaborado por: Asesor de Control Interno
Fecha Documento: 7 febrero de 2023	Aprobado Por: Gerente Empresa Social del Estado	

"MAS Y MEJORES SERVICIOS"
Carrera 18 N. 16-05 Concordia -Antioquia
Teléfono: 8446161- 844 7722
hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co
Nit. 890907297-3