

AVANCE DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION – MIPG

INFORME # 02

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

CONCORDIA – ANTIOQUIA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2026

Mayo 29 de 2026

SEGUIMIENTO AL MIPG - VIGENCIA 2026

1. OBJETIVO

Verificar el avance de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en el marco de la norma establecida para su implementación en las diferentes entidades públicas del Estado. El MIPG – Modelo integrado de Planeación y Gestión, es un marco de referencia diseñado para que las entidades identifiquen problemáticas, planeen, ejecuten y hagan seguimiento a su gestión para el beneficio del ciudadano. No pretende generar nuevos requerimientos, sino facilitar la gestión sistémica de las organizaciones a través de la integración de la normatividad vigente en materia de gestión y desempeño, guías para fortalecer el talento humano, agilizar las operaciones, fomentar el desarrollo de una cultura organizacional sólida y promover la participación ciudadana, entre otros.

DIMENSIONES DEL MIPG

1. **Talento Humano:** Considera al personal institucional como el activo más importante. Se enfoca en el ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo, bienestar y retiro) bajo los principios de mérito, transparencia e integridad.

2. Direccionamiento Estratégico y Planeación

Establece la ruta de navegación de la entidad. Aquí se definen la misión, visión, objetivos institucionales, planes de acción y la articulación con los planes de desarrollo (nacional o territorial), permitiendo saber hacia dónde va la institución y cómo lo va a lograr.

3. Gestión con Valores para el Resultado

Es la puesta en marcha de lo planeado. Se divide en dos frentes:

Hacia adentro: Optimización de procesos, simplificación de trámites y gestión presupuestal.

Hacia afuera: Prestación de servicios de calidad que respondan a las necesidades reales de los ciudadanos

4. Evaluación de Resultados

El momento de rendir cuentas y verificar el cumplimiento. Se analiza si la entidad logró sus metas mediante el seguimiento a indicadores de gestión, permitiendo tomar acciones correctivas a tiempo

5. Información y Comunicación

Garantiza que el flujo de datos sea fluido, oportuno y veraz, tanto a nivel interno (entre dependencias) como externo (hacia la ciudadanía y entes de control), facilitando la transparencia y la rendición de cuentas.

6. Gestión del Conocimiento y la Innovación

Busca que el conocimiento no se pierda cuando las personas se van. Promueve la documentación de buenas prácticas, el aprendizaje organizacional, la analítica de datos y la innovación para mejorar continuamente los servicios.

7. Control Interno

La dimensión transversal. Actúa como una línea de defensa y mejora continua a través del Modelo Estándar de Control Interno (**MECI**). Asegura que las otras 6 dimensiones funcionen correctamente, evaluando los riesgos y garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Cada una de estas dimensiones se evalúa anualmente a través del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (**FURAG**), midiendo el índice de desempeño institucional.

De estas dimensiones, surgen las políticas, como se describe a continuación, y donde se ha venido trabajando en cada una de ellas.

1. Gestión Estratégica del Talento Humano
2. Integridad
3. Planeación Institucional
4. Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público
5. Compras y Contratación Pública
6. Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
7. Gobierno Digital
8. Seguridad Digital
9. Defensa Jurídica
10. Mejora Normativa
11. Servicio al Ciudadano
12. Racionalización de Trámites
13. Participación Ciudadana en la Gestión Pública
14. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
15. Gestión Documental
16. Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción
17. Gestión de la Información Estadística
18. Gestión del Conocimiento y la Innovación
19. Control Interno

En la vigencia 2026, la ESE viene trabajando en las dimensiones y políticas que vinculan el funcionamiento de la entidad, con alineación de los 12 planes estratégicos, conforme al decreto 612 de 2018.

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR: Gestión documental.
2. Plan Anual de Adquisiciones: Compras y contratación de la entidad.
3. Plan Anual de Vacantes: Gestión de empleos vacantes.
4. Plan de Previsión de Recursos Humanos: Planeación de personal necesario.
5. Plan Estratégico de Talento Humano: Gestión del personal.
6. Plan Institucional de Capacitación: Formación para servidores públicos.
7. Plan de Bienestar e Incentivos: Calidad de vida laboral.
8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo: Seguridad laboral.

9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Transparencia.
10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI): Transformación digital.
11. Plan de Seguridad de la Información: Protección de datos.
12. Plan de Acción Institucional: El plan marco que consolida la gestión

Los 12 planes institucionales, articulados principalmente por el Decreto 612 de 2018 en Colombia, son herramientas de planeación estratégica esenciales para las entidades públicas. Organizan la gestión, optimizan recursos, y aseguran metas medibles en áreas como talento humano, adquisiciones y atención ciudadana, integrándose al Plan de Acción Institucional (PAI) para mejorar la eficiencia y transparencia.

1. PRIMERA DIMENSIÓN

La dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación del MIPG constituye la base estructural sobre la cual se desarrollan las demás dimensiones del modelo. Esta dimensión busca garantizar que las entidades públicas cuenten con un norte institucional claro, trazado a partir de un adecuado proceso de planeación que articule los intereses ciudadanos con los objetivos institucionales, permitiendo así una gestión eficiente, transparente y orientada a resultados.

EJERCICIO DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

Un ejercicio de planeación institucional, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), es un proceso estratégico mediante el cual la entidad define de manera articulada sus objetivos, metas, indicadores y acciones, alineados con su misión, visión y el Plan Nacional de Desarrollo. Este ejercicio integra componentes como el direccionamiento estratégico, la gestión del riesgo, la asignación de recursos y el seguimiento a resultados, garantizando coherencia entre la planeación y la ejecución.

En síntesis, la planeación institucional en MIPG permite orientar la gestión pública hacia resultados, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia y asegurar el cumplimiento de los fines del Estado, mediante el monitoreo continuo, la mejora institucional y la generación de valor público.

A. ELABORACIÓN DEL POA – POAI

La elaboración del Plan Operativo de acción (POA) y del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) para la vigencia 2026 fue realizada conforme a los lineamientos institucionales y aprobada por la Junta Directiva de la ESE, garantizando su alineación con el direccionamiento estratégico y los objetivos misionales. Actualmente, estos instrumentos se encuentran en fase de ejecución, a la espera de desarrollar el respectivo seguimiento y evaluación periódica, con el fin de verificar el cumplimiento de las metas, la adecuada ejecución de los recursos y la implementación oportuna de acciones de mejora en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

B. PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL (PDI)

El **Plan de Desarrollo Institucional (PDI)** de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia, Antioquia, es el instrumento de planificación estratégica que orienta la gestión de la entidad en el mediano plazo, articulando su misión, visión y objetivos con las políticas

del sector salud y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Este plan establece líneas estratégicas enfocadas en el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad, la sostenibilidad financiera, el mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria, el desarrollo del talento humano y la implementación de procesos eficientes y transparentes.

Asimismo, el PDI define metas e indicadores que permiten hacer seguimiento y evaluación a la gestión institucional, promoviendo la mejora continua y la toma de decisiones basada en resultados. En conjunto, constituye una herramienta clave para garantizar la prestación integral de servicios de salud, el cumplimiento de la normatividad vigente y la generación de valor público en beneficio de la comunidad del municipio de Concordia.

Este plan se consolidó como el instrumento central de direccionamiento de la institución. En su formulación se incorporaron:

- Diagnóstico organizacional y financiero.
- Identificación de necesidades del entorno y grupos de valor.
- Definición de la misión, visión, objetivos estratégicos y líneas de acción.
- Enfoque en sostenibilidad financiera como eje transversal.

El PDI ha sido clave para la toma de decisiones estratégicas y ha sido socializado a los diferentes niveles organizacionales.

C. PLANES DE ACCIÓN

Con base en el PDI, se diseñó POA – POAI - 2026 los cuales tradujeron las estrategias en actividades concretas, medibles y con responsables definidos. Estos planes incluyen:

- Cronogramas detallados.
- Indicadores de gestión.
- Recursos requeridos.
- Vinculación de los responsables por proceso.

Los planes han permitido realizar seguimiento continuo y ajustes oportunos, con enfoque en la mejora continua.

D. PROGRAMAS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS

La entidad priorizó la formulación de estratégicos institucionales orientados a dar respuesta a los principales retos en salud pública, modernización tecnológica y fortalecimiento de capacidades internas, en coherencia con el Plan de Desarrollo Institucional y los lineamientos del MIPG. En este marco, se estructuraron iniciativas como el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, dirigido a mejorar la capacidad instalada, la seguridad del paciente y las condiciones de habilitación; la modernización del sistema de información y archivo, enfocada en la optimización de los procesos administrativos, la trazabilidad documental y el cumplimiento de estándares de gestión documental; aunque falta actualizar algunos procesos, así como los programas de salud pública en zonas rurales, orientados a ampliar la cobertura, promover la prevención de enfermedades y reducir brechas de acceso en poblaciones dispersas.

De igual forma, se contempla la sostenibilidad financiera con enfoque de costos, el cual busca fortalecer el control del gasto, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y optimizar la

toma de decisiones gerenciales basada en información financiera confiable. La sostenibilidad financiera se mantiene teniendo en cuenta criterios técnicos y metodológicos, incluyendo análisis de pertinencia, impacto institucional y alineación estratégica, y han sido evaluados desde su viabilidad financiera, considerando la capacidad real de la ESE para garantizar su ejecución, continuidad y sostenibilidad en el tiempo, minimizando riesgos y asegurando la generación de resultados medibles en la prestación de los servicios de salud.

ENFOQUE FINANCIERO COMO EJE TRANSVERSAL

Uno de los principales aciertos del Hospital ha sido la integración efectiva del componente financiero en todo el ciclo de planeación institucional, desde la formulación hasta la evaluación de resultados. Esto implica que cada programa, proyecto o iniciativa no solo se analiza desde su pertinencia técnica y su impacto en salud, sino también desde su viabilidad económica, sostenibilidad en el tiempo y coherencia con la capacidad presupuestal de la entidad.

En este sentido, la priorización de programas se ha realizado considerando criterios de costo–efectividad, impacto en la población y disponibilidad de recursos, lo que permite enfocar la inversión en aquellas acciones que generan mayor valor público. Asimismo, la asignación presupuestal se ha estructurado de manera responsable, alineando los recursos con los objetivos estratégicos definidos en el PDI, el POA y el POAI, evitando la dispersión del gasto y fortaleciendo el control financiero. Por su parte, la medición de impacto y retorno social ha incorporado indicadores que permiten evaluar no solo el cumplimiento de metas, sino también los beneficios generados en la comunidad, optimizando la toma de decisiones basada en evidencia.

Este enfoque integral ha permitido al Hospital mantener un equilibrio sostenible entre la prestación de servicios de salud, el fortalecimiento institucional y la responsabilidad fiscal, garantizando la continuidad de la operación, la eficiencia en el uso de los recursos públicos y el cumplimiento de los principios de economía, eficacia y transparencia en la gestión.

CONCLUSIONES

- La E.S.E. ha demostrado un adecuado ejercicio de planeación estratégica, orientado a resultados, con enfoque sistémico y alineado al MIPG, evidenciando coherencia entre el direccionamiento institucional y la gestión operativa.
- La institucionalización del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) y su traducción en planes de acción concretos (POA y POAI) han permitido direccionar las acciones de la entidad con claridad, facilitando el seguimiento, la evaluación y la toma de decisiones oportunas.
- Se destaca la incorporación del componente financiero como fundamento clave para la toma de decisiones, fortaleciendo la sostenibilidad institucional, el control del gasto y la eficiencia en la asignación de recursos.
- Este direccionamiento ha favorecido la transparencia, la eficiencia administrativa y el cumplimiento de metas institucionales, en concordancia con los principios de la función pública.
- Se evidencia una adecuada articulación entre los instrumentos de planeación, el presupuesto y los procesos misionales, lo cual contribuye a la generación de valor público y al mejoramiento continuo de la prestación de servicios de salud.

- La entidad ha avanzado en la implementación de mecanismos de seguimiento y control, mediante indicadores de gestión y evaluación periódica, lo que permite identificar oportunidades de mejora y gestionar riesgos de manera preventiva.
- Se resalta el compromiso institucional con la mejora continua, reflejado en el fortalecimiento del talento humano y procesos administrativos y asistenciales.
- Finalmente, la E.S.E. evidencia una gestión alineada con los principios de eficiencia, eficacia y economía, consolidando una base sólida para la sostenibilidad, la calidad en la atención y el cumplimiento de su misión social en el territorio.

2. SEGUNDA DIMENSIÓN

La dimensión de Talento Humano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) busca garantizar que las entidades públicas gestionen su personal de manera estratégica, ética y alineada con los objetivos institucionales. Esta dimensión promueve el desarrollo de competencias, el fortalecimiento de la cultura organizacional y el bienestar de los servidores públicos, reconociéndolos como el recurso más valioso para el cumplimiento de la misión institucional.

En este contexto, la gestión del talento humano se orienta a la planificación, vinculación, permanencia, evaluación y desarrollo del personal, bajo principios de mérito, transparencia y equidad, asegurando que cada servidor cuente con las capacidades requeridas para el desempeño de sus funciones. Asimismo, incorpora estrategias de capacitación, inducción y reinducción, evaluación del desempeño, incentivos y gestión del conocimiento, con el propósito de fortalecer las habilidades técnicas y comportamentales del equipo de trabajo.

De igual manera, esta dimensión impulsa la consolidación de un ambiente laboral adecuado, promoviendo el bienestar, la seguridad y salud en el trabajo, la motivación y el compromiso institucional, factores clave para mejorar la productividad y la calidad en la prestación de los servicios de salud. También fomenta la integridad y la ética pública, a través de la apropiación de valores institucionales y el cumplimiento de los principios del servicio público.

En consecuencia, la adecuada implementación de la dimensión de Talento Humano contribuye directamente al fortalecimiento institucional, al mejoramiento continuo de los procesos y al logro de resultados efectivos, en coherencia con los lineamientos del MIPG y las necesidades de la población atendida por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia, Antioquia.

COMPONENTES DESTACADOS:

• **Visión y Misión del Talento Humano:** Se encuentran claramente definidas y alineadas con el direccionamiento estratégico institucional, lo que garantiza coherencia entre el desarrollo del personal y el cumplimiento de los objetivos misionales. Esta alineación permite consolidar un talento humano comprometido, competente y orientado a la generación de valor público, en concordancia con los principios del MIPG.

• **Objetivos y Planes Estratégicos del Talento Humano:** La entidad ha establecido metas claras y medibles orientadas al fortalecimiento de competencias, el bienestar laboral, la mejora del clima organizacional y la retención del talento. Estos planes incorporan estrategias de

capacitación continua, evaluación del desempeño y reconocimiento, lo que contribuye al desarrollo integral de los servidores y al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio.

- **Articulación con la Planeación Estratégica Institucional:** El Plan Estratégico de Talento Humano favorece la optimización de recursos, evita duplicidad de esfuerzos y fortalece la efectividad en la ejecución de las acciones planificadas.

- **Manual de Funciones y Competencias:** La entidad cuenta con un manual vigente y en aplicación, (debe ser actualizado) el cual define de manera clara los perfiles ocupacionales, responsabilidades, requisitos de formación y competencias laborales. Este instrumento facilita la gestión por resultados, la evaluación objetiva del desempeño, la asignación adecuada de funciones y el cumplimiento de los principios de mérito y transparencia en la administración del talento humano.

- **Cultura Organizacional y Bienestar:** Se han implementado acciones orientadas a fortalecer un ambiente laboral positivo, promoviendo el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el sentido de pertenencia institucional.

- **Fortalecimiento de la Integridad y Humanización del Servicio:** La entidad ha desarrollado campañas de sensibilización enfocadas en la ética pública, la humanización en la atención al usuario y el trabajo en equipo, destacando la implementación del enfoque de Integridad del Servidor Público como un valor agregado en la gestión del talento humano. Estas acciones promueven comportamientos transparentes, responsables y orientados al usuario, fortaleciendo la confianza institucional y la calidad en la atención en salud.

En conjunto, estos componentes reflejan una gestión del talento humano estructurada, estratégica y alineada con los lineamientos del MIPG, contribuyendo al fortalecimiento institucional, la mejora continua y el cumplimiento efectivo de la misión de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios.

ELEMENTOS CLAVES DEL PROCESO:

- Valores institucionales adoptados:
 - Honestidad
 - Respeto
 - Compromiso
 - Diligencia
 - Justicia
 - Confianza
 -

FASES IMPLEMENTADAS DEL PLAN DE GESTIÓN DE INTEGRIDAD:

Alistamiento: Identificación de actores clave y evaluación del contexto institucional.

Diagnóstico Institucional de Integridad: Se ha reiterado desde la oficina de control interno aplicar las buenas prácticas organizacionales, percepción de los servidores públicos y análisis de riesgos asociados a posibles conductas contrarias a la integridad.

- **Socialización y Apropiación del Código de Integridad:** Se ha reiterado desde la oficina de control interno (honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia), promoviendo su conocimiento y aplicación en el ejercicio de las funciones por parte de los servidores.
- **Sensibilización y Formación:** Se implementaron campañas, capacitaciones y actividades pedagógicas orientadas a fortalecer la ética pública, la transparencia, la atención humanizada y el comportamiento íntegro en la prestación de los servicios de salud.
- **Implementación de Estrategias de Integridad:** Se adoptaron acciones concretas para fomentar buenas prácticas institucionales, tales como la promoción del trabajo en equipo, la comunicación efectiva, el reconocimiento de conductas ejemplares y la prevención de actos de corrupción.
- **Articulación con el MIPG y el Sistema de Control Interno:** El Plan de Gestión de Integridad se integró con otras dimensiones del MIPG, especialmente con Direccionamiento Estratégico y Control Interno, asegurando coherencia en la gestión y fortaleciendo la cultura organizacional.

Estas fases han permitido consolidar una cultura institucional basada en principios éticos, fortaleciendo la confianza ciudadana, la transparencia y el cumplimiento de los fines del Estado.

ANÁLISIS GENERAL

FORTALEZAS:

Se cuenta con los 12 planes estratégicos, socializados y en ejecución. Decreto 612 de 2018

1. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA
2. PLAN DE ADQUISICIONES
3. PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO
4. PLAN DE VACANTES
5. PLAN PROVISION DE TALENTO HUMANO
6. PLAN DE MANTENIMIENTO
7. PLAN DE TRABAJO - SGSST
8. PLAN ESTRATERGICO DE LAS TECNOLOGIAS - PETI
9. PLAN DE TRATAMEINTOS DE RIESGOS DE LA SEGURIDAD
10. PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION
11. PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION - PIC
12. PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS INSTITUCIONALES

DEBILIDADES O ÁREAS DE MEJORA:

- Se deben fortalecer los sistemas de medición del clima organizacional, incorporando herramientas periódicas, metodologías estandarizadas y análisis comparativos que permitan identificar de forma más precisa las necesidades del talento humano y orientar planes de intervención efectivos.
- Reforzar los mecanismos de evaluación del desempeño, asegurando su alineación con las competencias definidas en el Manual de Funciones y Competencias, así como

con los objetivos institucionales, promoviendo evaluaciones más objetivas, medibles y orientadas a resultados.

- Continuar profundizando en la cultura de integridad mediante capacitaciones permanentes, estrategias pedagógicas y campañas de sensibilización, que permitan consolidar comportamientos éticos y fortalecer la apropiación de los valores del servicio público.
- Fortalecer los procesos de capacitación y formación continua, garantizando su pertinencia frente a las necesidades institucionales y del entorno en salud, así como su impacto en el mejoramiento del desempeño laboral.
- Optimizar la gestión del talento humano mediante el uso de herramientas tecnológicas que faciliten el seguimiento, control y análisis de información relacionada con el personal, promoviendo una toma de decisiones basada en datos.
- Mejorar las estrategias de bienestar laboral e incentivos, orientadas a incrementar la motivación, la satisfacción y la retención del talento humano, especialmente en áreas críticas de la prestación del servicio.
- Consolidar mecanismos de gestión del conocimiento que permitan documentar, transferir y aprovechar las buenas prácticas institucionales, evitando la pérdida de información clave y fortaleciendo la continuidad operativa.
- Fortalecer la planeación del talento humano a mediano y largo plazo, incluyendo análisis de cargas laborales, proyección de necesidades de personal y estrategias de relevo generacional.
- Incrementar la articulación entre el área de talento humano y las demás dependencias, con el fin de asegurar una gestión integral que responda de manera efectiva a las necesidades institucionales.
- Estas acciones permitirán avanzar hacia una gestión del talento humano más estratégica, eficiente y alineada con los principios del MIPG, contribuyendo al fortalecimiento institucional y a la mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

CONCLUSIÓN

La implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la entidad evidencia avances significativos en la consolidación de una gestión institucional más organizada, orientada a resultados y alineada con los principios de la función administrativa establecidos en la normatividad vigente. Se destaca el fortalecimiento de los procesos estratégicos, la articulación entre dependencias y el compromiso institucional con la mejora continua.

No obstante, el análisis realizado permite identificar oportunidades de mejora relacionadas con el fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación, especialmente en lo concerniente a indicadores de gestión, medición del clima organizacional y evaluación del desempeño del talento humano. Asimismo, se hace necesario continuar promoviendo la cultura de integridad y transparencia mediante acciones permanentes de sensibilización y capacitación.

En este sentido, el MIPG se consolida como una herramienta clave para el direccionamiento estratégico de la entidad; sin embargo, su efectividad dependerá del compromiso sostenido de todos los niveles organizacionales, así como de la implementación de acciones de mejora que permitan cerrar brechas identificadas y garantizar una gestión pública eficiente, transparente y orientada al cumplimiento de los objetivos institucionales.

3. TERCERA DIMENSIÓN

La Tercera Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), correspondiente a la Gestión con Valores para Resultados, constituye un eje fundamental para asegurar que la operación institucional se desarrolle de manera eficiente, transparente y orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos. Esta dimensión integra el conjunto de políticas, procesos y prácticas que permiten materializar la planeación en resultados concretos, garantizando la generación de valor público.

En este contexto, la tercera dimensión promueve la adecuada ejecución de los planes, programas y proyectos, mediante el fortalecimiento de la gestión por procesos, la administración eficiente de los recursos, la mejora continua y la implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación. Asimismo, incorpora principios como la integridad, la transparencia, la rendición de cuentas y el enfoque en el ciudadano, los cuales son esenciales para consolidar la confianza en la gestión institucional.

De esta manera, la Gestión con Valores para Resultados se orienta a optimizar el desempeño institucional, asegurando que cada acción contribuya al logro de metas y resultados medibles, en coherencia con las necesidades de los usuarios y las exigencias del entorno, fortaleciendo así la calidad del servicio y el impacto de la entidad en la comunidad.

Esta dimensión busca que las decisiones se tomen con base en principios de equidad, eficiencia y responsabilidad, con un enfoque en la generación de valor público.

LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA ENTIDAD

A continuación, se presentan los lineamientos establecidos en la entidad en el marco de la Tercera Dimensión del MIPG – Gestión con Valores para Resultados, orientados a fortalecer la eficiencia institucional, la generación de valor público y el cumplimiento de los objetivos estratégicos:

1. **Direccionamiento estratégico y planeación:** La entidad adopta instrumentos de planeación institucional (Plan de Desarrollo) alineados con la misión, visión y objetivos institucionales, garantizando coherencia entre la planeación y la ejecución.
2. **Gestión por procesos:** Se busca mejorar la eficiencia operativa, optimizar recursos y facilitar el control interno.
3. **Seguimiento y evaluación:** Se establecen mecanismos de seguimiento periódico a través supervisiones, seguimientos, reuniones de personal, capacitaciones, concertación de Objetivos, CNSC, calificación semestral, que permiten evaluar el cumplimiento de metas y tomar decisiones oportunas.
4. **Gestión del talento humano:** Se promueve el desarrollo integral del talento humano mediante procesos de capacitación, evaluación del desempeño y fortalecimiento de competencias, alineados con las necesidades institucionales.
5. **Transparencia y acceso a la información:** La entidad garantiza el acceso a la información pública, la rendición de cuentas y el cumplimiento de los principios de transparencia, conforme a la normatividad vigente.

6. Atención al ciudadano (PQRS): Se fortalecen los canales de atención al usuario, (Oficina SIAU) asegurando la recepción, trámite, respuesta oportuna y seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, en cumplimiento de los términos legales.

7. Gestión documental: **Revisión Documental:** Inspección de las Tablas de Retención Documental (TRD) aprobadas en la vigencia 2017, el Manual de Funciones y Competencias Laborales, organigrama y los flujogramas de procesos. Falta Por Actualizar - **El archivo clínico y el archivo administrativo cumplen funciones diferentes:** Como el manual de funciones se encuentra desactualizado, no se maneja la claridad de que ambas dependencias cumplen propósitos distintos y están sujetos a normativas específicas y de confidencialidad, tiempos de retención y acceso totalmente diferentes, lo cual requiere de manejo de más personal idóneo para este cargo no cumpliendo con la ley 594 de 200, **Acuerdo Único de la Función Archivística (Acuerdo 001 de 2024) y la resolución 1995 de 1999.**

- **Carencia Tecnológica Absoluta:** No existe un Software de Gestión Documental Electrónica de Archivos (SGDEA). para estandarizar los contenidos de información electrónica en entornos independiente, Las dependencias se comunican por correos electrónicos informales y almacenan información en carpetas de red locales sin metadatos de preservación, trazabilidad, ni firmas digitales institucionales estructuradas.
- **Capacidad de almacenamiento Física y Digital al límite de capacidad:** Al aumentar la cantidad de documentos y de usuarios, la capacidad física de los depósitos de archivo se encuentra en su límite, adicionalmente la documentación que esta siendo digitalizada en ambos archivos (Central y Clínico) requiere ser guardada en lugar seguro, ya que se encuentra en riesgo de pérdida de dicha información por que solo se tiene de respaldo discos duros externos para su copia de seguridad, los cuales no garantizan su almacenamiento futuro y seguro.
- **La Entidad no cuenta con el SIC- Sistema Integrado de Conservación,** el cual debe contener el Programa de Conservación y el Plan de Preservación documental a Largo Plazo, además **El nuevo Sistema Integrado de Conservación (SIC):** Obliga a estructurar dos componentes específicos: un **Plan de Conservación Documental** para los medios analógicos y físicos, y un **Plan de Preservación Digital a Largo Plazo** enfocado exclusivamente en documentos electrónicos.
- **Infraestructura Física Crítica y Hacinamiento:** El depósito central no cumple con los requisitos del Acuerdo 549 de 2000 del AGN y del acuerdo 001 de 2024, Resolución 1995 de 1999. Espacio insuficiente, falta de deshumidificadores, ausencia de estanterías rodantes mecánicas o fijas suficientes y almacenamiento inadecuado.

8. Control interno y mejora continua: Se adoptan mecanismos de control interno que permiten identificar riesgos, implementar acciones correctivas y preventivas, y promover la mejora continua de los procesos. **Auditorias por áreas.**

9. Uso eficiente de los recursos: Se promueve la austeridad y el uso racional de los recursos financieros, físicos y tecnológicos, garantizando su adecuada administración. Informe de austeridad y eficiencia del gasto Público.

10. Cultura de integridad: Se desarrollan estrategias de sensibilización y formación orientadas al fortalecimiento de los valores éticos, la transparencia y la lucha contra la corrupción.

Estos lineamientos permiten consolidar una gestión institucional orientada a resultados, centrada en el ciudadano y en el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios.

RESULTADOS OBTENIDOS

Se evidencian avances importantes en la consolidación de una gestión institucional orientada al cumplimiento de metas y resultados, destacándose el fortalecimiento del direccionamiento estratégico y la articulación entre los procesos institucionales. La implementación de herramientas de planeación y seguimiento ha permitido mejorar el control sobre la ejecución de actividades, facilitando la toma de decisiones basada en información presentada por cada área. Se está trabajando en las debilidades encontradas, con la finalidad de subsanar, actualizar, fortalecer e implementar procesos que conlleven a la mejora continua.

En materia de gestión por procesos, cada área adopta sus procedimientos, lo que ha contribuido a una mayor eficiencia operativa y claridad en las responsabilidades de cada dependencia. Asimismo, se observa una mejora progresiva en la cultura organizacional hacia el enfoque por resultados.

En cuanto al seguimiento y evaluación, se vienen aplicando auditorias internas por procesos con cada líder de área, lo que refleja las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades

Respecto a la atención al ciudadano (PQRS), se cuenta con una Oficina de SIAU, que va encaminada a la organización en la recepción, trámite y respuesta de las solicitudes, garantizando el cumplimiento de los términos legales y dejando trazabilidad de cada actuación, lo que fortalece la confianza de los usuarios en la entidad.

En el componente de transparencia e integridad, se han desarrollado acciones de sensibilización y capacitación, promoviendo una cultura ética dentro de la entidad y fortaleciendo los mecanismos de acceso a la información pública.

Finalmente, en lo relacionado con el uso eficiente de los recursos, se han implementado prácticas orientadas a la racionalización del gasto y optimización de los recursos disponibles, contribuyendo a una gestión más eficiente y sostenible.

En general, los resultados obtenidos reflejan avances significativos en la implementación del MIPG; no obstante, se hace necesario continuar fortaleciendo los mecanismos de medición, evaluación y control, con el fin de consolidar una gestión pública más eficiente, transparente y orientada al ciudadano.

FORTALEZAS

Se evidencia como fortaleza el compromiso institucional frente a la implementación del MIPG, reflejado en la adopción de lineamientos, herramientas de planeación y mecanismos de seguimiento que orientan la gestión hacia el cumplimiento de resultados.

Otra fortaleza relevante es la articulación entre la planeación y la ejecución, lo que ha permitido que se desarrollen las actividades de manera asertiva.

Se destaca igualmente la implementación del enfoque por procesos, con procedimientos definidos y documentados que facilitan la operación institucional, mejoran la eficiencia y permiten mayor control sobre las actividades desarrolladas.

ÁREAS DE MEJORA

- Fortalecer los indicadores de gestión, asegurando medición oportuna y confiable.
- Mejorar la evaluación del desempeño del talento humano, alineada a competencias.
- Implementar instrumentos más efectivos para medir el clima organizacional.
- Consolidar la cultura de integridad mediante capacitaciones permanentes.
- Optimizar los procesos de seguimiento y control para la toma de decisiones.
- Mejorar la calidad y oportunidad de la información reportada.
- Continuar fortaleciendo la articulación entre procesos y la mejora continua

CONCLUSIÓN

La E.S.E. ha logrado avances significativos en la implementación de una gestión basada en valores y orientada a resultados, evidenciando la integración de principios éticos, el fortalecimiento del liderazgo institucional y un enfoque centrado en la atención integral del usuario. Estos avances se reflejan en la mejora de los procesos asistenciales y administrativos, así como en el compromiso del talento humano con la calidad en la prestación de los servicios de salud.

La consolidación de esta dimensión en el marco del MIPG permitirá a la E.S.E. continuar fortaleciendo la eficiencia, la transparencia y la humanización del servicio, garantizando una atención oportuna, segura y de calidad. De esta manera, se contribuye a la generación de valor público, respondiendo de manera efectiva a las necesidades y expectativas de la comunidad usuaria y al cumplimiento de los fines del sistema de salud.

4. CUARTA DIMENSIÓN

La dimensión de Evaluación de Resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) tiene como objetivo promover una cultura de evaluación continua que permita verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales, facilitar la toma de decisiones oportunas y generar valor público a través de la mejora de los procesos y servicios ofrecidos.

En esta dimensión, la E.S.E. ha fortalecido la implementación de su Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, como herramienta fundamental para garantizar la efectividad de la gestión y la orientación permanente al logro de resultados.

POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

La Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional se define como el conjunto de lineamientos, metodologías y herramientas que permiten medir, analizar y valorar de manera sistemática el cumplimiento de los objetivos, planes, programas y proyectos de la entidad. Su propósito es generar información confiable y oportuna para la toma de decisiones, promover la mejora continua y garantizar la eficiencia, eficacia y transparencia en la gestión institucional, en coherencia con los principios del MIPG y las necesidades de la comunidad usuaria.

OBJETIVOS PRINCIPALES:

- Garantizar el monitoreo continuo del cumplimiento de planes, programas y proyectos institucionales.
- Medir el desempeño institucional mediante indicadores que permitan evaluar resultados y gestión. Facilitar la toma de decisiones basada en información oportuna, confiable y verificable.
- Promover la mejora continua de los procesos institucionales.
- Fortalecer la transparencia y rendición de cuentas frente a los grupos de interés.
- Identificar desviaciones y oportunidades de mejora, implementando acciones correctivas y preventivas.
- Asegurar la eficiencia, eficacia y efectividad en el uso de los recursos públicos.
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos y la generación de valor público.

ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS IMPLEMENTADAS

A. INFORMES PERIÓDICOS DE AVANCE INSTITUCIONAL

- Las distintas áreas funcionales presentan informes detallados sobre el avance físico y presupuestal de sus actividades.
- Estos informes se realizan con periodicidad trimestral o semestral, dependiendo del tipo de proyecto o actividad evaluada.

B. ESPACIOS DE RETROALIMENTACIÓN CON LA ALTA DIRECCIÓN

- Se realizan sesiones de análisis con la gerencia y directivos para identificar:
 - Retos operativos.
 - Obstáculos presupuestales.
 - Acciones correctivas o preventivas necesarias.
- Este proceso permite reorientar la gestión de forma oportuna.

C. CONSOLIDACIÓN FINAL DE RESULTADOS

- Al cierre del año o del ciclo de gestión, se consolidan los datos en un informe de resultados institucionales, el cual resume:
 - Nivel de cumplimiento de las metas.
 - Ejecución presupuestal.
 - Impacto en la prestación de servicios.
 - Recomendaciones para el nuevo período.

D. INTEGRACIÓN CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- La evaluación de resultados también se articula con los informes del Sistema de Gestión de Calidad, contribuyendo a la mejora continua y a la sostenibilidad institucional.

RESULTADOS OBTENIDOS

- Mayor control de los recursos públicos, gracias al seguimiento presupuestal continuo.
- Detección temprana de desviaciones en la ejecución de programas y proyectos.

- Mejora en la planeación de recursos humanos y logísticos, gracias a los aprendizajes derivados de los informes de evaluación.
- Fortalecimiento de la transparencia, al contar con información consolidada para rendición de cuentas ante entes de control y ciudadanía.

FORTALEZAS

- Seguimiento y evaluación institucional.
- Participación activa de las áreas misionales y de apoyo en la generación de informes.
- Articulación con procesos de planeación, presupuesto y calidad.
- Utilización de los informes como insumo directo para toma de decisiones gerenciales.
- Comités

ÁREAS DE MEJORA

- Fortalecer los sistemas tecnológicos para facilitar la recolección y análisis automatizado de información.
- Promover la evaluación cualitativa del impacto de los servicios más allá del cumplimiento cuantitativo de metas.
- Involucrar más activamente a los usuarios y comunidad en la valoración de resultados institucionales.

CONCLUSIÓN

La E.S.E. ha implementado de manera efectiva la Evaluación del Desempeño Institucional, lo que le ha permitido garantizar un mayor control de sus procesos, una gestión más transparente y una mejora progresiva en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos. Esta dimensión del MIPG se ha convertido en un pilar clave para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la efectividad institucional.

5. QUINTA DIMENSIÓN

La quinta dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Información y Comunicación, promueve la consolidación de una cultura organizacional donde la gestión de la información y la comunicación sean pilares fundamentales para la transparencia, la participación ciudadana y la toma de decisiones basadas en datos confiables. Esta dimensión asegura que la información pública generada por la entidad sea accesible, oportuna, veraz y útil para los ciudadanos y los grupos de valor.

AVANCES EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

1. POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

La E.S.E. ha avanzado en el cumplimiento parcial de los lineamientos de la Política de Gestión Documental, con algunas limitaciones identificadas en la implementación operativa del Sistema Interno de Gestión de Archivo. **Auditoría con Hallazgos.**

SITUACIÓN ACTUAL:

- Si bien existe una Política de Gestión Documental alineada al MIPG, falta fortalecer los procesos, en cuanto a depuración documental, foliado de documentos, archivos magnéticos, estantería adecuada.
- El Programa de Gestión Documental se mantiene como herramienta clave para el desarrollo sostenido del proceso, pero requiere un trabajo conjunto más estructurado con el líder del área para consolidar su operatividad.

ASPECTOS POSITIVOS:

- La Política de Gestión Documental define claramente los criterios de organización, conservación y disposición final de los documentos institucionales.
- Se enfoca en el cumplimiento del derecho fundamental de los ciudadanos al acceso a la información pública, en el marco de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Se reconoce la importancia de fortalecer el proceso de gestión documental como parte integral del MIPG, promoviendo buenas prácticas en el ciclo de vida documental, desde su producción hasta su eliminación o conservación permanente.

DESAFÍOS PENDIENTES:

- Diseñar e implementar acciones que contemple estrategias específicas de mejora.
- Incluir mecanismos tecnológicos para facilitar el acceso interno y externo a la información.
- Consolidar una cultura institucional basada en el uso correcto y seguro de la información generada por la entidad.
- Actualizar las TRD, T.V.D, Actualizar el Manual de Funciones
- Contar con elementos, estanterías adecuadas, digitalización de la información.

POLÍTICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

La entidad esta en la Construcción del Programa de transparencia y Ética Pública (PTEP), el cual contempla acciones orientadas a la prevención de riesgos asociados a la corrupción y al fortalecimiento de la transparencia institucional.

ASPECTOS DESTACADOS DEL (PTEP):

- Identificación de riesgos de corrupción en los procesos misionales y de apoyo.
- Acciones preventivas, correctivas y de mejora frente a riesgos identificados.
- Espacios de participación y atención ciudadana como mecanismo de control social.
- Promoción del derecho a la información, facilitando el acceso a datos institucionales a través de la página web y medios físicos.

FORTALEZAS:

- Existencia de una estructura organizacional que apoya la ejecución del (PTEP)
- Compromiso de la Alta Dirección en el seguimiento de las acciones propuestas.
- Participación activa de los funcionarios en la ejecución de las actividades programadas.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Ampliar los canales de difusión del (PTEP) y socializarlo ampliamente con funcionarios y ciudadanía.
- Incluir indicadores de gestión que permitan evaluar el impacto real del plan.
- Potenciar la interoperabilidad de la información entre áreas para consolidar una cultura de datos abiertos y accesibles.

CONCLUSIONES

- La E.S.E. ha hecho avances significativos en el marco de la Política de Gestión Documental, estableciendo bases sólidas para una adecuada gestión de la información pública, aunque faltan actividades por desarrollar (foliado, archivo, digitalización, escaneo, actualización de las TRD y TVD, Estanterías).
- La Política de Transparencia y Lucha contra la Corrupción se esta articulando el (PTEP), lo que contribuye al desarrollo de una gestión pública más íntegra, abierta y responsable.
- Para lograr una implementación más efectiva de esta dimensión, es clave fortalecer los mecanismos tecnológicos, la articulación interinstitucional y la apropiación cultural de la información como activo estratégico institucional.

RECOMENDACIONES

1. Acompañamiento técnico del líder del área.
2. Fortalecer la cultura de transparencia interna, mediante capacitaciones regulares en gestión documental, acceso a la información y ética pública.
3. Monitorear periódicamente el (PTEP), ajustando las acciones preventivas a las dinámicas institucionales y contextuales.
4. Mejorar el acceso y divulgación de la información pública, utilizando canales digitales, lenguaje claro y formatos accesibles para todos los ciudadanos.

6. SEXTA DIMENSIÓN

La sexta dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Gestión del Conocimiento y la Innovación, busca que las entidades públicas generen, compartan, apliquen y gestionen el conocimiento como un activo institucional estratégico, promoviendo la mejora continua y la innovación en la gestión pública.

Esta dimensión reconoce el valor de la experiencia organizacional, la capacitación, el aprendizaje colaborativo y el uso de herramientas que estimulen la creatividad, la innovación institucional y el aprendizaje organizacional para responder a los desafíos actuales del entorno.

AVANCES INSTITUCIONALES

1. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

La E.S.E. ha iniciado un proceso estructurado para implementar esta política, enfocándose en el desarrollo de capacidades internas para compartir aprendizajes, construir conocimiento institucional y fomentar la innovación en los procesos misionales y de apoyo.

ACCIONES ESTRATÉGICAS IMPLEMENTADAS:

- Se han identificado las áreas responsables de liderar esta dimensión: Planeación y Gestión Humana, o quienes hagan sus veces.
- Estas áreas están encargadas de diseñar una propuesta para el "Aprendizaje en Equipo de Gestión del Conocimiento", lo cual representa un enfoque colaborativo y práctico en la apropiación del conocimiento.
- Se avanza en la identificación de entidades líderes y con experiencia en la gestión del conocimiento e innovación dentro del sector salud o el sector público, con el propósito de:
 - Solicitarles espacios de intercambio de experiencias y buenas prácticas.
 - Programar charlas, talleres o seminarios dirigidos al personal de la E.S.E.
 - Establecer posibles alianzas estratégicas para fortalecer la capacidad institucional de innovación.
- Esta estrategia permitirá que los conocimientos adquiridos se repliquen internamente en la E.S.E., generando un modelo de aprendizaje en equipo que pueda ser sostenible y transferible entre áreas.

IMPACTO Y BENEFICIOS ESPERADOS

- Fortalecimiento del capital humano, mediante el acceso a nuevos conocimientos y experiencias exitosas del entorno.
- Actualización constante del personal frente a tendencias, metodologías y herramientas aplicadas por otras entidades.
- Generación de una cultura de innovación orientada a la mejora de procesos y a la solución creativa de problemas.
- Identificación y sistematización de buenas prácticas internas, lo que contribuye a construir memoria organizacional.
- Aumento de la capacidad adaptativa de la institución, frente a cambios en normativas, tecnología o necesidades de los usuarios.

FORTALEZAS INSTITUCIONALES

- Voluntad institucional y apoyo desde la Alta Dirección para avanzar en esta dimensión.
- Designación de áreas responsables y estructuración inicial de la propuesta de trabajo.
- Enfoque proactivo en la búsqueda de conocimiento externo aplicable al contexto interno de la E.S.E.
- Reconocimiento de la importancia del aprendizaje colaborativo como estrategia de crecimiento institucional.

RETOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Formalizar la propuesta del "Aprendizaje en Equipo" con cronogramas, recursos asignados y responsables.
- Documentar sistemáticamente los conocimientos adquiridos y replicados para consolidar un repositorio institucional de aprendizaje.
- Promover la participación de todos los niveles organizacionales en las actividades de formación e innovación.
- Fortalecer el uso de herramientas tecnológicas para la gestión del conocimiento, como plataformas internas de intercambio de saberes, boletines digitales o micrositios temáticos.

CONCLUSIÓN

La E.S.E. ha dado pasos significativos en la implementación de la dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación, estableciendo bases importantes para desarrollar un modelo de aprendizaje organizacional sostenible. A través de la identificación de entidades aliadas y la promoción del aprendizaje en equipo, la institución está construyendo una cultura que favorece la innovación y el fortalecimiento de su capacidad institucional.

Este enfoque contribuirá no solo a mejorar la prestación de servicios, sino también a consolidar una entidad más inteligente, adaptable y comprometida con la mejora continua.

7. SÉPTIMA DIMENSIÓN

La dimensión de Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) está orientada a garantizar que las actividades, decisiones y procesos dentro de la entidad se desarrollen de manera eficiente, efectiva, ética y en cumplimiento con las normas y objetivos institucionales. Esta dimensión fomenta los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación, promoviendo una cultura organizacional que identifica, previene y gestiona riesgos y mejora continuamente.

POLÍTICA DE CONTROL INTERNO

La Política de Control Interno en la E.S.E. se estructura en el marco de un objetivo estratégico claro:

"Asegurar la efectividad del Sistema de Control Interno para la consecución de los objetivos institucionales mediante el fortalecimiento de los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación."

Este objetivo refleja el compromiso institucional por establecer una cultura sólida de control y mejora continua, y se manifiesta en los siguientes componentes clave:

A. AMBIENTE DE CONTROL SÓLIDO Y EFECTIVO

- Se ha creado un ambiente institucional propicio para el control de riesgos, que permite anticipar y gestionar posibles desviaciones en la operación de los procesos.
- El control interno está alineado con la gestión del riesgo, facilitando a la alta dirección y a los líderes de proceso la toma de decisiones informadas y oportunas.
- Se promueve el cumplimiento de metas organizacionales, evitando afectaciones mediante una vigilancia constante y coordinada.

B. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- Se ha avanzado en la adopción y aplicación del autocontrol, como capacidad de cada funcionario para supervisar sus propias acciones.
- La autogestión se refleja en la responsabilidad delegada a cada área para controlar sus actividades, sin depender exclusivamente de supervisiones externas.
- Se impulsa la autorregulación, entendida como el compromiso interno de actuar conforme a las normas, procedimientos y principios éticos institucionales.

C. COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

- Existe un Comité de Coordinación de Control Interno, el cual actúa como ente consultivo y de vigilancia sobre el funcionamiento del sistema de control.
 - Supervisión continua.
 - Evaluación de su eficacia.
 - Propuesta de mejoras y correctivos con enfoque preventivo.

RESULTADOS Y APORTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

- Soporte estratégico a la alta dirección en la toma de decisiones, con base en evaluaciones objetivas del funcionamiento institucional.
- Disminución de riesgos operativos, gracias al seguimiento continuo de procesos clave.
- Identificación de oportunidades de mejora, que han derivado en ajustes normativos y fortalecimiento de la gestión documental y financiera.
- Fortalecimiento del cumplimiento normativo, garantizando coherencia entre la operación institucional y los marcos legales vigentes.

FORTALEZAS

- Compromiso institucional con la gestión de riesgos y mejora continua.
- Participación activa de los líderes de proceso en la implementación de medidas preventivas.
- Reconocimiento del autocontrol como elemento cultural dentro del quehacer organizacional.

RETOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Fortalecer operativamente el Comité de Coordinación de Control Interno, dotándolo de mecanismos de seguimiento más ágiles y efectivos.
- Consolidar un sistema de indicadores de control interno, que permita medir y evaluar de forma periódica el desempeño del sistema.
- Promover la formación continua de los funcionarios en temas de control interno, riesgos y ética pública.

CONCLUSIÓN

La E.S.E. ha avanzado de manera importante en el desarrollo e implementación de un Sistema de Control Interno coherente y funcional, enfocado en la prevención de riesgos y en la promoción de una cultura institucional responsable. La alineación con el MIPG y el fortalecimiento de los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación son logros destacados que demuestran el compromiso de la entidad con la excelencia en la gestión pública.

Para continuar avanzando, es necesario dinamizar el rol del Comité de Coordinación de control interno, mejorar los sistemas de seguimiento y profundizar en la capacitación del personal en torno al control interno.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.

Imagen 01



Imagen 02



Imagen 03



Imagen 04

SENSIBILIZACION DE ACTIVIDADES QUE CONLLEVEN
AL EFICIENTE USO DE RECURSOS EN LA ESE
(COMPRAS VERDES, AGUA, ENERGÍA, GESTIÓN DE
RESIDUOS)

Imagen 05

GUÍA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN ENTIDADES PÚBLICAS



"Más y Mejores Servicios".

Imagen 06

IMPACTO DE RIESGOS

El Departamento Administrativo de la Función Pública, en articulación con la Secretaría de Transparencia y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MINTIC) puso a disposición de las entidades la metodología para la gestión integral del riesgo a través de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7

Esta guía trae novedades frente a sus versiones anteriores orientadas a fortalecer la gestión institucional y la articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG):



"Más y Mejores Servicios".

Imagen 07

Imagen 08

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA

Imagen 09

La muralla humana: Nuestro Código de Integridad

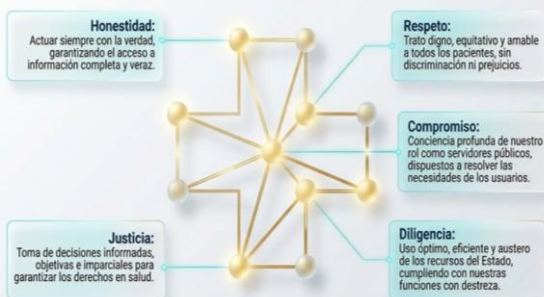


Imagen 11

AUDIENCIA DE RENDICION PUBLICA DE CUENTAS VIGENCIA 2025



"MÁS Y MEJORES SERVICIOS"

Imagen 13



"MÁS Y MEJORES SERVICIOS"

Imagen 15

De la reacción táctica a la prevención sistémica



Imagen 10

Nuestro compromiso ético con Concordia



Imagen 12

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION PLAN ESTRATEGICO DE CAPACITACION 2026

MIÉRCOLES 11 DE MARZO DE 2026

MARIO ALEJANDRO CADAVID CADAVID
GERENTE



Imagen 14

CONTROL DE ASISTENCIA



Fecha: 25 febrero - 2026
Lugar: E.S.E Hospital San Juan De Dios De Concordia
Hora: 8:00 am
Reunión: Humanización Servicios de Salud

Nombre	Cargo o Dependencia	Firma
José Ricardo Lobos Rojas	AUX. ADMON	José R. Lobos R.
Patricia RIVERA V.	AUX. S. Generales	Patricia RIVERA V.
José María GARCÍA	AUX. S. Generales	José María GARCÍA
María F. BAZ	AUX. S. Generales	María F. BAZ
María E.	AUX. S. Generales	María E.
Angela M. A.	AUX. S. Generales	Angela M. A.
Carolina LUNA F.	Medico	Carolina LUNA F.
Aleida B.	Secretaria	Aleida B.
Juliana Cadavid T.	Enfermera	Juliana Cadavid T.
María P. A.	Analista de Salud	María P. A.
María C. P.	NO	María C. P.

Imagen 16

Más y Mejores Servicios

Nit 890907297-3

Carrera 18 No 16-05 Concordia - Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - ext. 101

hospitaldeconcordia@hospital-concordia.gov.co

HONORARIO DE REUNIONES DE COMITÉS Y GRUPOS PRIMARIOS 2026											
NOMBRE DEL COMITÉ	COORDINADOR	HORA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
1. COORDINACIÓN DE PERSONAL	Subgerente Administrativo	9:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
2. COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	Auxiliar Control Interno	1:30 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
3. BIENESTAR SOCIAL	Subgerente Administrativo	11:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
4. ARCHIVOS CENTRALES	Auxiliar Administrativo Archivo	10:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
5. BOMBAS	Auxiliar Administrativo Bombas	10:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
6. CONCILIACIÓN	Gerente	10:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
7. EMERGENCIAS	Lider del SG-SST	10:30 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
8. FENIA	Enfermera Jefe Hospitalización	3:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
9. FARMACIA Y TECNOSIGILANCIA	Registra de Farmacia	4:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
10. GLOSIAS	Subgerente Administrativo	11:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
11. HISTORIAS CLÍNICAS	Auxiliar Administrativo Archivo Clínico	3:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
12. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	Enfermera de P y P	3:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
13. SOSTENIBILIDAD CONTABLE	Subgerente Administrativo	9:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
14. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - COVE	Enfermera Jefa Hospitalización	10:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
15. DIRECTIVO	Gerente	10:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
16. INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	Control Interno	10:30 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
17. FUNDAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - CORPES	Lider del SG-SST	9:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
18. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Subgerente Administrativo	3:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
19. GESTIÓN LABORAL Y AMBIENTAL (GAGA)	Subgerente Administrativo	4:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
20. COMITÉ SEGURIDAD DEL PACIENTE	Enfermera de P y P	10:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
21. GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD	Odontólogo	10:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
22. COMITÉ LABORAL	Lider del SG-SST	11:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
23. JUNTA DIRECTIVA	Gerente	8:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
24. REUNIONES CON CELADORÍAS	Subgerente Administrativo	11:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
25. REUNIONES CON CONSULTORÍAS	Subgerente Administrativo	12:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
26. REUNIONES CON EL PERSONAL ADMINISTRATIVO	Subgerente Administrativo	10:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
27. REUNIONES CON EL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	Subgerente Administrativo	9:00 a.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26
28. REUNIONES DE EMERGENCIA	Enfermera Hospitalización	9:00 p.m.	25	23	28	28	26	28	28	26	26

Imagen 17



Imagen 18

AUDITORIA - SG SST
AUDITORIA ALMACEN
AUDITORIA CAJA MENOR
AUDITORIA CALIDAD - PAMEC
AUDITORIA CONTRATACION 2026
AUDITORIA EDL
AUDITORIA FARMACIA
AUDITORIA GESTION DE BIENES Y SUMINSITROS
AUDITORIA GESTION DEL TALENTO HUMANO
AUDITORIA GESTION DOCUMENTAL
AUDITORIA GESTION FINANCIERA
AUDITORIA GESTION JURIDICA

Fecha de Elaboración: 29 de Mayo de 2026


LUBIN GALLO ARANGO
Asesor de Control Interno
ESE Hospital San Juan de Dios
Concordia Antioquia

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 - 02	VERSIÓN: 2.0 - 2021	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.
FECHA: Mayo 29 de 2026	APROBADO POR: Gerente y Subgerente Administrativo - Empresa Social del Estado.	