INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

Proceso Auditado:	Direccionamiento Estratégico - DIE
Fecha de la Auditoria	31 de Julio de 2.026
Responsable del Proceso:	Gerente y líderes de los Planes Estratégicos
Equipo Auditor:	Asesor de Control interno
Objetivo:	Realizar la evaluación y seguimiento a los diferentes procesos, procedimientos, programas, proyectos y actividades de acuerdo con unas pautas establecidas en el Manual de Auditorías Internas, con el fin de asegurar la objetividad, transparencia, imparcialidad, eficacia y eficiencia de las mismas y así lograr un mejoramiento continuo en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia.
Alcance de la auditoria:	Revisar los Planes estratégicos, Plan Operativo Anual – POA, para el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2026.
Personal Entrevistado.	Gerente Subgerentes Administrativo Líderes de los planes estratégicos Auxiliar Administrativo SIAU Auxiliar Administrativo Archivo General Auxiliar Administrativo Almacén Secretario del Comité bienestar social Técnico de sistemas Personal de la institución que tenga evidencias de las actividades de los diferentes planes estratégicos
Documentación analizada (criterios):	1) Manuales y/o planes estratégicos 2) Formatos con las actividades de los planes estratégicos 3) Resoluciones de adopción de los planes 4) Evidencias de las actividades realizadas en los planes 5) Página web institucional. 6) Actas y programación de los diferentes comités 7) Plan operativo anual - POA 8) Acuerdo de gestión y de junta directiva. 9) Formato de producción 10) PAMEC

1. Aspectos Favorables:

1. **Disponibilidad y Estructuración Normativa de los Planes:** Se cuenta con la totalidad de los instrumentos de planeación requeridos (Plan de Desarrollo, Plan Operativo Anual - POA, Plan de Vacantes, Plan de Adquisiciones, Plan Institucional de Capacitación - PIC, Plan de Incentivos, PETH, SG-SST, Previsión del Talento Humano, PINAR, avances del PTEP, Plan de Tratamiento de Riesgos de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y PETI).

2. **Cumplimiento del Seguimiento Normativo:** Se realizó el seguimiento efectivo a los 12 planes estratégicos institucionales de conformidad con lo establecido en el Decreto 612 de 2018, articulado con cada uno de los líderes responsables.

3. **Proceso de Direccionamiento Estratégico Caracterizado y Adoptado:** Se dispone de un proceso de Direccionamiento Estratégico debidamente caracterizado, el cual se encuentra actualmente en aplicación en la institución.

4. **Disposición y Colaboración de la Alta Dirección y Líderes:** Se contó con una excelente disposición, colaboración y apertura por parte de la Gerencia y los jefes de Dependencia con el Asesor de Control Interno durante todo el desarrollo de la auditoría interna.

5. **Soporte Evidencia en Actividades Ejecutadas:** Se identificó la disponibilidad de evidencias físicas y/o digitales que sustentan la ejecución de las actividades programadas que registraron cumplimiento.

6. **Desempeño Sobresaliente en Infraestructura:** Se destaca el cumplimiento por encima del 100% en la *Línea Estratégica 01: Gestión de la infraestructura física y equipamiento tecnológico* (103,4%), superando las metas proyectadas.

2. IMPORTANCIA DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO (DIE)

1. Alineación con las Políticas Públicas y el Modelo MIPG:

El Direccionamiento Estratégico es el eje articulador que garantiza que la E.S.E. Hospital San Juan de Dios responda de manera coordinada a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y al Decreto 612 de 2018, articulando la misión hospitalaria con las metas del Plan de Desarrollo Institucional y las políticas públicas de salud.

2. Toma de Decisiones Basada en Evidencia y Riesgos:

Proporciona una ruta clara para la asignación eficiente de recursos financieros, técnicos y humanos, permitiendo a la alta dirección tomar decisiones fundamentadas en indicadores de gestión, mitigar riesgos operativos y prevenir contingencias en la prestación del servicio.

3. Garantía de Sostenibilidad Financiera y Capacidad Operativa:

Un proceso de Direccionamiento Estratégico sólido fortalece la capacidad de gestión presupuestal y contractual de la entidad, permitiendo estructurar proyectos de infraestructura, renovación de equipamiento biomédico y control de la facturación para asegurar la viabilidad financiera del hospital.

4. Fomento de la Cultura de Calidad y Humanización en la Atención:

Establece las directrices para la mejora continua y la acreditación/habilitación de los servicios de salud, orientando el esfuerzo del talento humano hacia la humanización, la seguridad del paciente y el cumplimiento eficiente de las metas de Promoción y Mantenimiento de la Salud (PyP).

5. Transparencia, Rendición de Cuentas y Control Interno:

El DIE consolida una cultura institucional orientada al logro y la trazabilidad, facilitando el monitoreo sistemático por parte de la Oficina de Control Interno y los entes de control, garantizando una gestión transparente frente a la Junta Directiva, la Gobernación y la comunidad.

6. Cohesión Organizacional y Gestión del Talento Humano:

Promueve la corresponsabilidad de los líderes de proceso y colaboradores a través de la integración de planes estratégicos (PETH, PIC, SG-SST, PETI), alineando los esfuerzos individuales e interdisciplinarios con los objetivos estratégicos de la institución.

3. Informe detallado del Informe

1. Informe de Evaluación al Plan de Desarrollo Institucional y el Plan Operativo Anual- POA:
Objetivos:

- Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para el año 2026. Se evaluaron 4 líneas estratégicas, 4 objetivos y 33 actividades.
- Identificar los factores críticos de las líneas estratégicas, objetivos y actividades alcanzadas.
- Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento.

LINEA ESTRATEGICA 01 – INFRAESTRUCTURA

LINEA ESTRATEGICA 02 - TALENTO HUMANO

LINEA ESTRATEGICA 03 - ATENCION INTEGRAL EN SALUD

LINEA ESTRATEGICA 04 - SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

LINEAS ESTRATÉGICAS	% DE CUMPLIMIENTO
Gestión de la infraestructura física y equipamiento tecnológico de la ese hospital san juan de dios.	103,4 %
Gestión del talento humano y desarrollo de un sistema de información integral en salud	82%
Fortalecimiento de la atención integral de la salud, humanización de la atención y de calidad de los servicios	50%
Fortalecimiento de la capacidad administrativa y sostenibilidad financiera.	73
CUMPLIMIENTO DEL PLAN	77.1%

Se evidencia el CUMPLIMIENTO PARCIAL del plan de operativo anual - POA en todas sus líneas estratégicas. En general el cumplimiento total del plan está dentro de los objetivos del programa.

A continuación, se hace ilustración del Plan Operativo Anual – POA 2025 - Evaluado por línea.

Línea Estratégica 1

	Linea	Programa	Proyectos	Actividades	Productos Entregables de la actividad
Fortalecer la capacidad de atención integral de la ESE Hospital San Juan de Dios mediante la construcción remodelación y adecuación de su infraestructura física y la incorporación de innovaciones tecnológicas con el fin de garantizar servicios de salud más eficientes seguros y accesibles para la población	Línea 1 GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Gestionar la Modernización de la infraestructura Física Tecnológica y Desarrollo de los Sistemas de nformación de la ESE.	Proyecto Institucional para e fortalecimiento de la infraestructura física garantizando condiciones seguras eficientes y sostenibles para la atención integra en salud	realizar proyecto para a renovacion de la infraestructura física de a institucion que garantice la prestacion de servicios seguros y ajustados a los criterios normativos.	Soporte de radicacion del Proyecto institucional ante la entidad correspondiente
			Plan de mantenimiento hospitalario presentado a la Gobernación de Antioquia	Realizar el Mantenimiento de la infraestructura Física de la ESE y de los sitios de atención	Avance de actividades realizadas del Plan de mantenimiento hospitalario institucional aprobado
			Plan de mantenimiento hospitalario presentado a la Gobernación de Antioquia	Realizar el Mantenimiento de los equipos biomédicos en la ESE	2 informes de mantenimiento al año
			Plan de mantenimiento hospitalario presentado a la Gobernación de Antioquia	Realizar el mantenimiento del parque automotor de la ESE	Avance de actividades realizadas del Plan de mantenimiento hospitalario institucional aprobado
			Proyecto Institucional para la modernización de la infraestructura TIC de a ESE garantizando condiciones seguras eficientes y sostenibles para la atención integra en salud	Gestionar los recursos para el proyecto de modernización de la infraestructura TIC de la ESE cumpliendo con los estandares de habilitación	soporte de radicacion del Proyecto institucional ante la entidad correspondiente

Línea estratégica 2

			Proyecto institucional para la modernización de la infraestructura TIC de la ESE garantizando condiciones seguras, eficientes y sostenibles para la atención integral en salud.	Gestionar los recursos para el proyecto de modernización de la infraestructura TIC de la ESE cumpliendo con los estandares de habilitación	soporte de radicacion del Proyecto institucional ante la entidad correspondiente
Fortalecer el talento humano y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, promoviendo una cultura organizacional orientada a la excelencia.	Línea 2. 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	Talento humano capacitado en humanización de servicios de salud	Fortalecer la cultura Humanizada en nuestros colaboradores, los usuarios	Talento humano capacitado en humanización de servicios de salud
			Guías, procesos y procedimientos con reentrenamiento y capacitación en la semana institucional	Realizar semana institucional de calidad que integre seguridad del paciente, SIG, SGSST, Gestión ambiental	listados de asistencia e informe de la actividad realizada
			Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos	Elaborar y aprobar el Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos	Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos aprobado
			Plan de trabajo anual del SG- SST	Elaborar y aprobar el plan de trabajo anual del SG- SST	Plan de trabajo anual del SG- SST
			Plan Institucional de Capacitaciones	Elaborar y aprobar el Plan Institucional de Capacitaciones	Plan Institucional de Capacitaciones
			Protocolos, guías y procedimientos de la ESE	Actualizar, socializar e implementar procesos, procedimientos, guías, protocolos y lineamientos (de los 3 primeras causas de los procesos asistenciales)	Protocolos, guías y procedimientos de la ESE actualizados y socializados
			Cronograma de comites y actas de las reuniones	Fortalecer los Comités Institucionales de la ESE	Cronograma de comites y actas de las reuniones
			Cronograma y actas de las capacitaciones y auditorias	Fortalecer la Cultura de Autocontrol, de autogestión y sentido de pertenencia	campaña realizada con listado de asistencia
			Plan de gestión y evaluacion del gerente	Elaborar, evaluar y seguimiento al Plan de Gestión del Gerente	Plan de gestión y evaluacion del gerente
			PETI implementado	Elaborar el Plan Estratégico de Tecnologías de Información - PETI	Plan Estratégico de Tecnologías de Información - PETI
			Sitio web https://www.hospital-concordia.gov.co	actualizar y realizar mantenimiento al sitio web https://www.hospital-concordia.gov.co	Soporte Sitio web https://www.hospital-concordia.gov.co
			implementacion de sistema obligatorio de la garantia de la calidad	Autoevaluacion de habilitacion y ejecución del PAMEC	Informe de autoevaluación y ejecucion del PAMEC
			Politica PPSS implementada, socializada y con la rendición	Elaborar, ejecutar, evaluar y rendir la información de la PPSS	Política PPSS implementada, socializada y con la rendición

Línea estratégica 3

			Política PPSS implementada socializada con la atención	Elaborar ejecutar evaluar rendir la información de la PPSS	Política PPSS implementada socializada y con la atención
Garantizando metas específicas para la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con enfermedades prevalentes 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 Basicos de Salud	Línea 3 FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD HUMANIZACION DE LA ATENCION Y DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS	Salud Integral con Calidad	Demanda de población atendida	Prestar 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	Demanda de población atendida
			Gestionar la atención intra extramural con tecnologías de la información (Telemedicina) y/o prestación de servicios complementarios.	Ampliar la oferta de servicios de salud con otras modalidades de atención (TELEVEDICINA) y/o servicios complementarios para el fortalecimiento de la red de atención.	Gestionar la atención intra extramural con tecnologías de la información (Telemedicina) y/o prestación de servicios complementarios.
			RIAS con GPC implementadas en la ESE	Fortalecer los programas de promoción y mantenimiento de la salud	RIAS con GPC implementadas en la ESE
			Programas implementados cargues e informe normativos presentados	Fortalecer los programas de atención primaria en salud y PIC	Programas implementados cargues e informe normativos presentados

Línea estratégica 4

			Informes rendidos a entes de control	Elaborar, ejecutar, evaluar y rendir la información a entes de control	Informes rendidos a entes de control - SIHO
			Sistema de costos institucional	Iniciar la implementación del sistema de costos institucional que permita cuantificar y analizar el costo-beneficio de las diferentes áreas, servicios y programas de la ESE, como herramienta para la toma de decisiones financieras y gerenciales	Sistema de costos institucional
			Plan de compras	Elaborar y aprobar el Plan de compras	Plan de compras
			auditorías de cuentas	Fortalecer los procesos institucionales de Facturación y recuperación de cartera	porcentaje de recuperacion de cartera
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 a 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.	Línea 4 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.	Sostenibilidad Administrativa, Financiera, Ambiental y de Control	Presupuesto de ingresos y gastos	Realizar el Proyecto de Presupuesto de ingresos y gastos conforme a los requisitos exigidos por la ley de presupuesto y demas normas aplicables	Presupuesto de ingresos y gastos
			Actas del Comité Financiero o de Gerencia con decisiones de racionalización del gasto.	Control y racionalización en el manejo del presupuesto y la ejecución de los Recursos financieros	Actas del Comité Financiero o de Gerencia con decisiones de racionalización del gasto
			Plan de trabajo de Promoción y Prevención actualizado y aprobado. Reportes periódicos de seguimiento al cumplimiento de metas	Incrementar el cumplimiento de metas de Promocion y mantenimiento de la salud con el fin de evitar pérdidas de recursos	porcentaje de glosa de PYP
			REPORTES FINANCIEROS CONSOLIDADOS Y CONCILIADOS	Fortalecer la trazabilidad de las interfaces de la información contable-financiero entre Tesorería-cartera-presupuesto	Licencia de xenco activa y actualizada
			Audiencia publica de rendición de cuentas	Hacer anualmente las audiencias públicas correspondientes acorde a la norma y rendir información oportunamente a los diferentes Entes de Control	Audiencia publica de rendición de cuentas
			Modelo MIPG, FURAG	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)	Modelo MIPG, FURAG
			Plan de Acción	Elaborar e integrar los planes institucionales y estratégicos al plan de acción acorde al decreto 612 de 2018	plan de acción

Se presenta un informe con las actividades por línea estratégica y objetivo que NO presentan cumplimiento con el fin de establecer los aspectos a mejorar para dar cumplimiento a la actividad y al plan:

Línea 1. GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Justificación de No Cumplimiento: Detallar que las actividades con ejecución de 0%

Plan de mantenimiento hospitalario presentado a la Gobernación de Antioquia	Realizar el Mantenimiento de los equipos biomédicos en la ESE	2 informes de mantenimiento al año	2	>80%	1/01/2026	31/12/2026	1	0	0%	1		0%

Enfoque operativo / Reprogramación de cronograma

Presenta una ejecución del 0% debido a una reprogramación del cronograma operativo de mantenimiento preventivo y correctivo de la dotación biomédica. Las rutinas de mantenimiento se ejecutarán concentradas en el segundo semestre del año, momento en el cual se generarán y socializarán los informes correspondientes para alcanzar la meta establecida.

Línea 2. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL EN SALUD.

Justificación de No Cumplimiento: Detallar que las actividades con ejecución de 0%

Protocolos, guías y procedimientos de la ESE	Actualizar, socializar e implementar procesos, procedimientos, guias, protocolos y lineamientos (de las 3 primeras causas de los procesos asistenciales)	Protocolos, guías y procedimientos de la ESE actualizados y socializados	15	>60%	1/01/2026	31/12/2026	3	0	0%	4	0	0%

Sobrecarga asistencial o falta de disponibilidad de personal

El cumplimiento presentó un 0% de ejecución técnica debido a la alta carga asistencial y a la reorganización operativa del personal clave encargado de la revisión de la evidencia clínica. La actividad se reprogramará para su desarrollo y socialización en los trimestres restantes de la vigencia 2026.

Línea 4. FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y SOSTENIBILIDAD FIANCIERA.

Justificación de No Cumplimiento: Detallar que las actividades con ejecución de 0%

Sistema de costos institucional	Iniciar la implementación del sistema de costos institucional que permita cuantificar y analizar el costo-beneficio de las diferentes áreas, servicios y programas de la ESE, como herramienta para la toma de decisiones financieras y gerenciales.	Sistema de costos institucional	1	50%	1/01/2026	31/12/2026	1	0	0%	1	0	0%

Enfoque de priorización presupuestal y capacidad técnica

El avance del 0% responde a la priorización de recursos operativos y técnicos en otras áreas administrativas críticas durante el período evaluado, lo que postergó la fase inicial del proyecto. Se reprogramará el cronograma de trabajo con el equipo financiero para iniciar el costeo por servicios en el periodo restante de la vigencia.

Justificación de No Cumplimiento: Detallar que las actividades con ejecución de 0%

Plan de trabajo de Promoción y Prevención actualizado y aprobado. Reportes periódicos de seguimiento al cumplimiento de metas	Incrementar el cumplimiento de metas de Promoción y mantenimiento de la salud con el fin de evitar pérdidas de recursos	porcentaje de glosa de PYP	95%	50%	1/01/2026	31/12/2026	25	0	0%	25	0	0%

Enfoque de reprogramación del cronograma de seguimiento asistencial

El avance reportado es del 0% debido a una reprogramación y soportes de P&P. Las acciones de control previo y el monitoreo al cumplimiento de las metas colectivas e individuales se concentrarán en el segundo semestre de la vigencia 2026 para garantizar el logro de la meta institucional.

Conclusiones.

- En el informe se tienen en cuenta las actividades a las cuales no se les dio cumplimiento con el fin de que sean revisadas y se tomen las medidas correctivas.
- Al revisar las actividades del POA se observa que en algunas ocasiones y actividades no se tuvieron la evidencia.
- En los Item que fueron satisfactorias se cuenta con la respectiva evidencia
- No se realizó plan de mejoramiento para las actividades que no se estaban ejecutando.
- Con respecto a las resoluciones se puede observar que existen para los planes.

4. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS 2026

I. Referencia de Ejecución:

En cumplimiento de la función evaluadora y de control, la Oficina de Control Interno viene adelantando de manera sistemática el **Plan Anual de Auditorías Internas por Áreas y Procesos**, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia fiscal 2026. Con corte al **31 de julio de 2026**, el plan registra un avance acumulado del **60% en su ejecución**, dando cobertura a los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación según la cronología y alcance proyectados.

II. Importancia del Plan Anual de Auditorías:

- **Evaluación Independiente y Objetiva:** Constituye el mecanismo técnico fundamental para examinar de forma imparcial la efectividad de las operaciones, la razonabilidad de la información contable/financiera y la observancia del marco normativo vigente.
- **Alineación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG):** Garantiza que la entidad mantenga la articulación entre sus objetivos institucionales, la gestión del riesgo y las líneas de defensa, fortaleciendo el estándar de autoregulación y autoevaluación.
- **Prevención y Mitigación de Riesgos:** Permite identificar a tiempo las desviaciones operativas, inconsistencias en la captura de evidencia y cuellos de botella antes de que impacten de manera crítica la prestación del servicio o generen hallazgos disciplinarios, fiscales o administrativos por parte de los entes de control externos.

III. Impacto en el Fortalecimiento Institucional de la E.S.E.:

1. **Fomento del Mejoramiento Continuo:** El avance del 60% no representa un simple ejercicio de verificación formal, sino un dinamizador de la gestión que impulsa a los líderes de proceso a formular e implementar **Planes de Mejoramiento** orientados a corregir causas raíz.
2. **Optimización de Recursos y Sostenibilidad Financiera:** Al auditar procesos clave (como facturación, contratación, P&P y gestión de inventarios/activos), se protegen los recursos públicos, se reducen los porcentajes de glosas y se maximiza el rendimiento presupuestal.
3. **Cultura de Evidencia y Transparencia:** Ha promovido en los servidores y colaboradores el hábito de la trazabilidad documental, garantizando que el cumplimiento de las metas del Plan Operativo Anual (POA) y los Planes Estratégicos cuenten con soportes idóneos, verificables y de fácil acceso.
4. **Respaldo a la Toma de Decisiones Gerenciales:** Los informes periódicos resultantes de estas auditorías le brindan a la Gerencia y a la Junta Directiva insumos analíticos reales sobre el estado de la gestión, facilitando la toma de decisiones oportunas para el cierre de la vigencia 2026.

	AUDITORÍA POR PROCESOS						
Contratación	x						
Direccionamiento Estratégico	x						x
Organización Jurídica	x						
Gestión de Bienes y Suministros			x				
Gestión del Talento Humano			x				
Gestión Financiera			x				x
Gestión de Información y Gestión Docum.	x						
Servicio Farmacéutico - Inventario		x					
Mantenimiento Hospitalario			x				
Servicios Generales			x				
Plan de Gestión de Residuos PGIRS			x				
SG-SST			x				
Arqueos de Caja Menor			x				
PAMEC	x						
Mapas de riesgos procesos		x		x			
Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG	x						

5. **Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos:**

Para el año de 2.026 se ha realizado seguimiento a los siguientes planes estratégicos.:

a) Estructuración al PTEP, Anexo técnico.
b) Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.
c) Plan Estratégico de Talento Humano - PETH.
d) Plan Anual de Vacantes.
e) Plan Institucional de Capacitación - PIC.
f) Plan Anual de Adquisiciones.
g) Plan de previsión del talento humano.
h) Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR.
i) Plan estratégico de la comunicación e información – PETI.
j) Pla de Bienestar Social e Incentivos.
k) Plan de tratamiento de riesgos de la información
l) Plan de seguridad y privacidad de la información

6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESTRATEGICOS DEL 01 DE ENERO A 31 DICIEMBRE 2025

CONSOLIDADO DE CALIFICACION - PLANES ESTRATEGICOS VIGENCIA - 2026 - DECRETO 612 DE 2018		TRIMESTRE 01	TRIMESTRE 02	TRIMESTRE 03	TRIMESTRE 04
NOMBRE DEL PLAN ESTRATEGICO		% de Cumplimiento	% de Cumplimiento	% de Cumplimiento	% de Cumplimiento
1	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS PINAR	70%	74%		
2	PLAN DE ADQUISICIONES	31%	[illegible]		
3	PLAN DE VACANTES	93%	93%		
4	PLAN DE PREVISION DE RECURSOS HUMANOS	100%	100%		
5	PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO	60%	67%		
6	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	29%	83%		
7	PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES	8%	46%		
8	PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	18%	42%		
9	P.T.E.P	44%	69%		
10	PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES PETI	83%	84%		
11	PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE LA SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION	77%	86%		
12	PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION	72%	72%		
13	PGD	96%	96%		
TOTAL PORCENTAJE Y PODERACION		58%	69%		

7. Conclusiones de los Planes Estratégicos:

- ✓ **Gestión Integral y Articulación del SG-SST:** Si bien el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) muestra un avance sostenido en la ejecución de sus actividades programadas, se evidencia la necesidad de fortalecer la articulación y sinergia con las demás áreas asistenciales y administrativas de la entidad para garantizar una cobertura efectiva y transversal.
- ✓ **Ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC):** Se identificó un rezago en el cumplimiento del cronograma del PIC, logrando una ejecución parcial del total de capacitaciones proyectadas. Se requiere reprogramar las temáticas pendientes y adoptar modalidades (presenciales o virtuales) que faciliten la asistencia del personal sin afectar la prestación del servicio.
- ✓ **Socialización y Gobernanza Estratégica:** Se observa una oportunidad de mejora en la divulgación de los instrumentos de planeación. Se recomienda institucionalizar la socialización periódica de los avances y metas en los comités institucionales y grupos primarios, promoviendo el empoderamiento y la corresponsabilidad de los líderes de proceso.
- ✓ **Gestión Documental y Evidencia del Avance:** Se detectó que diversas actividades de los planes estratégicos fueron ejecutadas operativamente, pero carecen del debido soporte documental, acta o registro fotográfico/asistencia. Esta deficiencia en el archivo de evidencias impacta negativamente la medición del porcentaje real de cumplimiento en los informes de seguimiento.
- ✓ **Sostenibilidad y Depuración del Inventario Institucional:** Se evidencia una divergencia entre el registro contable/físico de los bienes institucionales y las existencias reales de la entidad. Es prioritario adelantar una toma física y actualización integral del inventario para garantizar la confiabilidad de la información financiera y la adecuada custodia del patrimonio público.
- ✓ **Monitoreo y Rediseño de Indicadores (Observación Adicional):** Es necesario robustecer el seguimiento trimestral a la matriz de indicadores de los planes, asegurando que las metas intermedias permitan identificar desviaciones a tiempo y aplicar planes de mejoramiento continuo antes del cierre de la vigencia.

El desarrollo de este ciclo de capacitaciones dirigidas al personal administrativo y asistencial constituye un pilar fundamental para el **Direccionamiento Estratégico (DIE)** de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia, al incidir de manera directa en el cumplimiento de las metas del Plan Operativo Anual (POA), la gestión del talento humano y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

A continuación, se detalla la importancia estratégica de estas capacitaciones agrupadas por ejes institucionales:

1. Fortalecimiento de la Calidad, Humanización y Experiencia del Usuario

- **Temáticas:** *Humanización, Puntualidad y Trámites.*
- **Importancia para el DIE:** Impacta directamente en la **Línea Estratégica de Atención Integral y Humanización de la Salud**. Capacitar al personal en un trato digno, ético y empático, sumado al cumplimiento de la puntualidad y la agilización de trámites, reduce las barreras de acceso, disminuye las quejas (PQSQR) y eleva la satisfacción del usuario. Esto transforma la cultura organizacional hacia una atención centrada en la persona.

2. Garantía de la Seguridad del Paciente y Capacidad Resolutiva Misional

- **Temáticas:** *Emergencias Obstétricas y Complicaciones del Recién Nacido.*
- **Importancia para el DIE:** Fortalece la **Línea Misional Asistencial y la Seguridad del Paciente**. La actualización continua de las competencias clínicas en áreas críticas como la salud materna y perinatal reduce los índices de morbimortalidad evitable, mitiga el riesgo de eventos adversos y asegura el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica y Protocolos asistenciales de la E.S.E.

3. Cumplimiento Legal, Bienestar y Seguridad en el Trabajo

- **Temáticas:** *SG-SST, Brigada de Emergencias (Transporte y Práctica) y ARL Riesgos Biológicos (SURA).*
- **Importancia para el DIE:** Responde a la ejecución del **Plan Estratégico de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)** bajo el Decreto 612 de 2018. Entrenar al personal en prevención de riesgo biológico, manejo de emergencias y brigadas no solo cumple con las exigencias normativas y de habilitación, sino que protege la vida y salud del talento humano, disminuyendo el absentismo laboral y los accidentes de trabajo.

4. Adaptación Organizacional y Sentido de Pertenencia

- **Temáticas:** *Inducción y Reinducción.*
- **Importancia para el DIE:** Garantiza la alineación estratégica del personal con la Misión, Visión, Valores e Indicadores de la E.S.E. Permite que tanto los nuevos colaboradores como el personal antiguo conozcan los procesos, la política de calidad y las metas institucionales, asegurando que todos remen en la misma dirección estratégica.

5. Transparencia, Buen Gobierno y Sostenibilidad Ambiental

- **Temáticas:** *Rendición de Cuentas y Compras Verdes.*
- **Importancia para el DIE:** Articula a la institución con la política de **Transparencia, Control Social y Gestión Ambiental (MIPG/PTEP)**. Capacitar en rendición de cuentas promueve una cultura de de cara a la ciudadanía y los entes de control; mientras que las compras verdes alinean la contratación hospitalaria con la sostenibilidad ambiental y el uso eficiente de los recursos públicos.

Impacto Global en el Fortalecimiento Institucional

Síntesis Ejecutiva:

La realización de esta oferta formativa integral demuestra que el Direccionamiento Estratégico del hospital no se limita a la formulación teórica de planes, sino que **convierte la planeación en acción a través del desarrollo de competencias del talento humano**. Estas jornadas fortalecen la trazabilidad documental del

Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) y del SG-SST, generando un impacto positivo en la acreditación, la seguridad en la atención y la viabilidad técnica y administrativa de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios.

8. CONCLUSIÓN GENERAL INTEGRAL

1. El ejercicio del informe evidencia que la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia cuenta con una estructura formal de planeación estratégica debidamente institucionalizada y adoptada bajo los lineamientos normativos (Decreto 612 de 2018 y articulación con MIPG). En términos globales, se observa un cumplimiento ponderado del POA del 77.1% y un avance progresivo en los Planes Estratégicos que pasaron de un 58% en el Trimestre 1 a un 69% en el Trimestre 2.

No obstante, la evaluación técnica deja al descubierto tres brechas estructurales prioritarias que limitan el impacto del direccionamiento estratégico:

1. Desbalance interinstitucional en las líneas del PDI: Mientras la Infraestructura y equipamiento supera la meta proyectada (103.4%) y la Talento Humano muestra buen ritmo (82%), la línea prioritaria de Atención Integral en Salud, Humanización y Calidad registra un rezago crítico del 50%.
2. Ejecuciones en 0% en metas clave de gestión: Persisten actividades asistenciales, financieras y logísticas de alto impacto sin ejecución acumulada al cierre del periodo evaluado (mantenimiento biomédico, actualización de guías/protocolos asistenciales, implementación del sistema de costos e indicadores de glosa en P&P).
3. Ausencia de planes de mejoramiento y fallas en trazabilidad documental: Se identificó formalmente la no ejecución de actividades ante las desviaciones del 0%, sumado a una deficiencia recurrente en el archivo y custodia de evidencias físicas/digitales que sustenten las actividades efectivamente realizadas.

2. RECOMENDACIONES DE MEJORA Y PLANES DE ACCIÓN

Con el objetivo de subsanar los hallazgos y garantizar el cumplimiento del 100% al cierre de la vigencia 2026, se recomiendan las siguientes acciones agrupadas por ejes temáticos:

A. Fortalecimiento Técnico-Asistencial y Operativo

- Alineación de la Línea de Atención Integral en Salud (Línea 3): Diseñar de manera inmediata un plan de contingencia asistencial liderado por la Subgerencia que garantice la revisión, actualización y socialización de las guías y protocolos para las 3 primeras causas de consulta.
- Garantía en Mantenimiento Biomédico: Agilizar los trámites precontractuales o de ejecución técnica del Plan de Mantenimiento Hospitalario presentado a la Gobernación de Antioquia, priorizando la expedición de los informes de mantenimiento preventivo/correctivo del equipamiento biomédico para mitigar riesgos en la prestación del servicio.

B. Sostenibilidad Financiera y Gestión Administrativa

- Implementación del Sistema de Costos Institucional: Priorizar la fase de parametrización y asignación de costos por centros de responsabilidad con el equipo financiero, asegurando que en el segundo semestre se cuente con la herramienta analítica para la toma de decisiones gerenciales.
- Control Previo y Auditoría a Glosas de P&P: Reestructurar el cronograma de seguimiento a la facturación y radicación de Promoción y Mantenimiento de la Salud, ejecutando auditorías de calidad a las historias clínicas para asegurar la meta de disminución de glosas y evitar la pérdida de recursos de la E.S.E.

C. Gobernanza, Archivo y Control Interno

- Formulación Obligatoria de Planes de Mejoramiento: Institucionalizar que cada actividad o indicador que presente un avance acumulado del 0% o por debajo del rango de gestión active automáticamente un Plan de Mejoramiento Formal con responsable y fecha límite de subsanación.
- Estandarización de Repositorios de Evidencia (Gestión Documental): Establecer una carpeta digital institucional unificada ("Tablero de Control de Evidencias POA/Planes") organizada por líder de proceso, evitando que actividades ejecutadas queden valoradas en 0% por falta de actas, listados de asistencia o soportes fotográficos.
- Institucionalización de la Socialización en Comités Primarios: Programar un espacio fijo dentro de las actas de los Comités Institucionales y Grupos Primarios para la rendición de cuentas e informe de avance de los 12 planes estratégicos del Decreto 612, garantizando la corresponsabilidad de todos los funcionarios y colaboradores.

Fecha: 31 de Julio de 2026

Lubin Gallo Arango
Asesor de Control Interno