EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION – MIPG

INFORME # 03

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

CONCORDIA – ANTIOQUIA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2026

Octubre 09 de 2026

AVANCE DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG

OFICINA DE CONTROL INTERNO

- FECHA DE ELABORACIÓN: 09 de octubre de 2026
- PERÍODO EVALUADO: Vigencia 2026 (Cierre Trimestre III)
- ELABORADO POR: Oficina de Control Interno
- APROBADO POR: Gerencia y Subgerencia Administrativa

1. OBJETIVO Y MARCO CONCEPTUAL DEL MIPG

1.1 Objetivo del Informe

Verificar el avance, articulación, implementación y cumplimiento de las políticas, dimensiones y herramientas que integran el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia, Antioquia, durante la vigencia 2026.

El informe evalúa de forma detallada la efectividad de los procesos misionales, administrativos, estratégicos y de evaluación, garantizando la alineación normativa, la mejora continua, la transparencia, la responsabilidad fiscal y la generación de valor público en la prestación de servicios de salud a la comunidad.

1.2 Marco Operativo del MIPG y el MECI

El MIPG es un marco de referencia diseñado para que las entidades públicas identifiquen problemáticas, planeen, ejecuten y hagan seguimiento a su gestión. Integra la normatividad vigente en materia de gestión y desempeño, guías para fortalecer el talento humano, agilizar las operaciones, fomentar una cultura organizacional sólida y promover la participación ciudadana.

En su versión vigente (Manual Operativo v7 expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP), el MIPG articula 7 Dimensiones Estratégicas y 19 Políticas de Gestión y Desempeño, incorporando al Modelo Estándar de Control Interno (MECI) como su séptima dimensión transversal:

1. Talento Humano: Gestión Estratégica del Talento Humano e Integridad.
2. Direccionamiento Estratégico y Planeación: Planeación Institucional, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, Compras y Contratación Pública, y Gestión de la Información Estadística.
3. Relación Estado – Ciudadanías (Gestión con Valores para el Resultado): Servicio a las Ciudadanías, Racionalización de Trámites, Participación Ciudadana en la Gestión, Gobierno Digital, Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción.
4. Fortalecimiento Institucional: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Seguridad Digital, Defensa Jurídica, Mejora Normativa y Gestión Ambiental Institucional.

5. Gestión del Conocimiento, la Innovación y la Memoria Pública: Gestión del Conocimiento e Innovación, y Gestión Documental y Archivos.
6. Evaluación de Resultados: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.
7. Control Integral: Control Interno (MECI).

DIAGNÓSTICO Y AVANCE DE LAS 19 POLÍTICAS DEL MIPG (POR DIMENSIÓN)

DIMENSIÓN 1: TALENTO HUMANO

1. Política de Gestión Estratégica del Talento Humano (PETH)

- **Estado / Avance:** Registra un **73% de cumplimiento en T3** (50% acumulado). Se cumple activamente con el Plan Anual de Vacantes (**93% en T3**) y el Plan de Previsión de Recursos Humanos (**100% en T3**).
- **Aplicación en la E.S.E.:** Avance en capacitaciones asistenciales (PIC al **81% en T3**) y fomento de la concertación de objetivos semestrales (evaluación EDL/CNSC).
- **Alerta Crítica / Punto de Mejora: El Manual de Funciones y Competencias Laborales se encuentra desactualizado**. No delimita con precisión las funciones ni las diferencias normativas y de perfil entre dependencias independientes como el **Archivo Central/Administrativo** y el **Archivo Clínico** (Leyes 594 de 2000 y Res. 1995 de 1999). El Plan de Bienestar e Incentivos presenta un rezago del **48% en T3** (26% acumulado) que exige intervención urgente.

2. Política de Integridad

- **Estado / Avance:** Implementación continua alineada con el Plan de Gestión de Integridad.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Divulgación activa de los 6 valores institucionales (*Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia y Confianza*) y articulación con el Comité de Convivencia Laboral y la Oficina de Control Interno Disciplinario.

DIMENSIÓN 2: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

3. Política de Planeación Institucional

- **Estado / Avance:** Operatividad plena del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2024–2028 y del Plan Operativo Anual (POA-POAI 2026) aprobados por la Junta Directiva.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Integración de sus 4 Líneas Estratégicas: (1) *Infraestructura y Equipamiento*, (2) *Talento Humano e Historia Clínica XENCO*, (3) *Atención Integral, RIAS, PAMEC y Humanización*, y (4) *Capacidad Administrativa y Sostenibilidad Financiera*.

4. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público

- **Estado / Avance:** Seguimiento continuo con evaluación de costo-efectividad.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Rigor en el recaudo y facturación por áreas, arqueos periódicos de Caja Menor, auditorías financieras/presupuestales y cumplimiento de reportes ante el CHIP / CUIPO sin presentar déficit operacional.

5. Política de Compras y Contratación Pública

- **Estado / Avance:** El Plan Anual de Adquisiciones (PAA) alcanzó un **86% de cumplimiento en T3** (46% acumulado).
- **Aplicación en la E.S.E.:** Avance constante en la progresión contractual, monitoreo por el Comité de Compras y Contratación, y ejecución de auditorías específicas al proceso contractual.

6. Política de Gestión de la Información Estadística

- **Estado / Avance:** Cumplimiento de los reportes oficiales del sector salud.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Generación y validación oportuna de datos para RIPS, indicadores de vigilancia epidemiológica y apoyo de instituciones Locales.

DIMENSIÓN 3: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO

7. Política de Servicio a las Ciudadanías

- **Estado / Avance:** Fortalecimiento del canal asistencial e institucional a través del SIAU.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Trámite y clasificación estricta de las solicitudes según la Ley 1755 de 2015. Despliegue de capacitaciones en Derechos y Deberes, tiempos de asignación de citas, humanización del servicio y clasificación de Triage.

8. Política de Racionalización de Trámites

- **Estado / Avance:** Normalización de la interacción usuario-hospital.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Estandarización de trámites y servicios y optimización de agendas médicas para reducir tiempos de espera y aglomeraciones.

9. *Política de* Participación Ciudadana en la Gestión Pública

- **Estado / Avance:** Articulación comunitaria constante.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Coordinación operativa con el Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACO), la Asociación de Usuarios y el Comité de Ética Hospitalaria.

10. Política de Gobierno Digital

- **Estado / Avance:** El Plan Estratégico de TIC (PETI) alcanzó un **90% de cumplimiento en T3** (54% acumulado).
- **Aplicación en la E.S.E.:** Consolidación e interoperabilidad del aplicativo de Historia Clínica Electrónica **XENCO**, unificando admisiones, facturación, inventarios, costos y presupuesto.

11. Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción

- **Estado / Avance:** El Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) alcanzó un **83% en T3** (49% acumulado).
- **Aplicación en la E.S.E.:** Adoptado formalmente mediante la **Resolución No. 287 del 06 de agosto de 2026**. Mantención de la sección de Transparencia en la web para el monitoreo del Formulario ITA de la Procuraduría.

DIMENSIÓN 4: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

12. Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos

- **Estado / Avance:** Evaluación operativa permanente.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Medición de cargas asistenciales, seguimiento en Grupos Primarios mensuales (los días miércoles) y ajustes a los flujos asistenciales del hospital.

13. Política de Seguridad Digital

- **Estado / Avance:** Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital al **86% en T3** (62% acumulado) y Seguridad y Privacidad de la Información al **76% en T3** (55% acumulado).
- **Aplicación en la E.S.E.:** Licenciamiento legal de software al 100% y monitoreo de infraestructura lógica.
- **Alerta Crítica / Punto de Mejora:** Los respaldos de los archivos digitalizados se almacenan exclusivamente en discos duros externos sin copia de seguridad en servidores institucionales o en la nube.

14. Política de Defensa Jurídica

- **Estado / Avance:** Ejecución del proceso de Organización Jurídica con enfoque preventivo.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Monitoreo del mapa de riesgos jurídicos, revisión legal de la contratación estatal y oportuna contestación de demandas para mitigar el daño antijurídico.

15. Política de Mejora Normativa

- **Estado / Avance:** Monitoreo y actualización regulatoria continua.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Revisión del normograma institucional y adecuación del hospital a las disposiciones del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y la Función Pública.

16. Política de Gestión Ambiental Institucional

- **Estado / Avance:** Plan de Trabajo Anual en SG-SST al **66% en T3** (31% acumulado) y ejecución del PGIRS.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Inspecciones técnicas a áreas y ambulancias, gestión segura de residuos hospitalarios, simulacros de emergencia e higiene laboral a través del COPASST.

DIMENSIÓN 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, LA INNOVACIÓN Y LA MEMORIA PÚBLICA

17. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

- **Estado / Avance:** Estrategia institucional de "Aprendizaje en Equipo".
- **Aplicación en la E.S.E.:** Socialización de lecciones aprendidas, participación en eventos de formación externa (como el Encuentro de Control Interno de la ESAP) y transferencia de buenas prácticas entre el personal médico y administrativo.

18. Política de Gestión Documental y Archivos

- **Estado / Avance:** El Programa de Gestión Documental (PGD) muestra un 96% de avance formal, pero el Plan Institucional de Archivos (PINAR) registra solo un **74% en T3** (55% acumulado).
- **Alerta Crítica Institucional / Estado Vulnerable:**
  1. **TRD Desactualizadas:** Tablas de Retención Documental aprobadas en 2017, desalineadas del Acuerdo Único 001 de 2024 del AGN.
  2. **Ausencia de SGDEA:** Operación manual e informal vía correo electrónico sin metadatos de preservación ni firmas digitales estructuradas.
  3. **Riesgo de Pérdida de Datos:** Copias de seguridad almacenadas únicamente en discos duros externos.
  4. **Infraestructura Física Inadecuada:** Depósito central con hacinamiento, falta de estanterías reglamentarias y ausencia de deshumidificadores (incumplimiento del Acuerdo 549 de 2000 y Res. 1995 de 1999).

DIMENSIÓN 6: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

19. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

- **Estado / Avance:** Evaluación trimestral mediante tableros de control y matrices cuali-cuantitativas.
- **Aplicación en la E.S.E.:** Consolidación de informes de avance del PDI, seguimiento a los 12 planes del Decreto 612 de 2018 y articulación con el componente PAMEC para los estándares de Habilitación.

DIMENSIÓN 7 (TRANSVERSAL): CONTROL INTEGRAL

- **MECI / Control Interno:** Se han ejecutado **32 de las 45 auditorías programadas** (avance del **71.1%**) en áreas críticas como Contratación, Gestión Financiera, Almacén, Farmacia, SG-SST, Mantenimiento, Parque Automotor y Cajas Menores.

Anualmente, la entidad mide su Índice de Desempeño Institucional a través del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) y el Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA), garantizando el cumplimiento normativo exigido por los entes de control.

2. SEGUIMIENTO CONSOLIDADO A LOS 12 PLANES ESTRATÉGICOS (DECRETO 612 DE 2018)

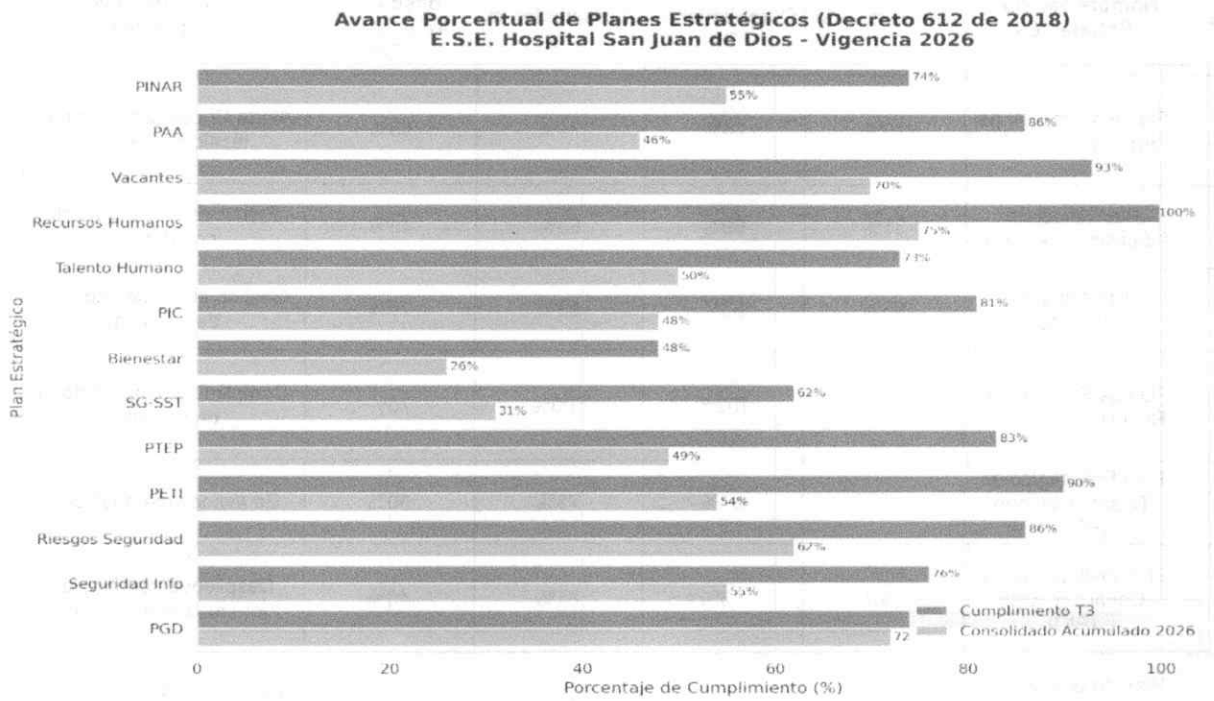
De conformidad con el Decreto 612 de 2018, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios consolidó e integró los 12 planes estratégicos institucionales dentro de su Plan de Acción Institucional (PAI), permitiendo organizar la gestión, optimizar recursos y asegurar metas medibles.

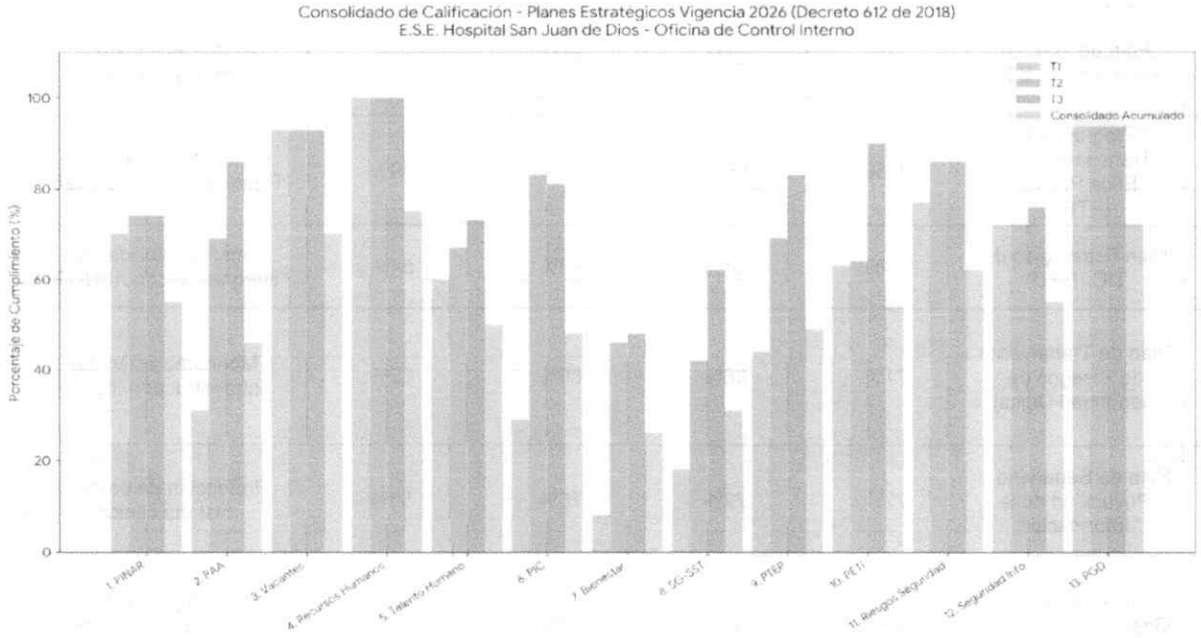
A continuación, se presenta el seguimiento cuantitativo al cierre del Trimestre III de 2026:

No.	Nombre del Plan Estratégico	% Cumplimiento T1	% Cumplimiento T2	% Cumplimiento T3	% Consolidado Acumulado 2026	Estado Operativo y Diagnóstico
1	Plan Institucional de Archivos (PINAR)	70%	74%	74%	55%	Alerta Crítica (Limitaciones técnicas y físicas)
2	Plan Anual de Adquisiciones (PAA)	31%	69%	86%	46%	Ejecución en progresión contractual
3	Plan Anual de Vacantes	93%	93%	93%	70%	Gestión activa de la planta de personal
4	Plan de Previsión de Recursos Humanos	100%	100%	100%	75%	Cumplimiento satisfactorio de la planta
5	Plan Estratégico de Talento Humano (PETH)	60%	67%	73%	50%	En avance metodológico
6	Plan Institucional de Capacitaciones (PIC)	29%	83%	81%	48%	Despliegue continuo de jornadas asistenciales
7	Plan de Bienestar e Incentivos Institucionales	8%	46%	48%	26%	Requiere refuerzo para el Trimestre IV
8	Plan de Trabajo Anual en SG-SST	18%	42%	62%	31%	Avance sostenido en higiene y seguridad
9	Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)	44%	69%	83%	49%	Formalizado mediante Resolución 287 de 2026
10	Plan Estratégico de TIC (PETI)	63%	64%	90%	54%	Interoperabilidad e integración con XENCO
11	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital	77%	86%	86%	62%	Monitoreo activo de infraestructura lógica
12	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	72%	72%	76%	55%	Protección de datos e historia clínica
13	Programa de Gestión Documental (PGD)	96%	96%	96%	72%	Alto cumplimiento en metas, pero con rezago normativo

TOTAL	PROMEDIO PONDERADO DE AVANCE	58%	74%	81%	53%	AVANCE TERCER TRIMESTRE: 81%

GRAFICO





3. SEGUIMIENTO DETALLADO A LAS DIMENSIONES DEL MIPG EN LA E.S.E.

DIMENSIÓN 1: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

La dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación constituye la base estructural del MIPG en la E.S.E. Garantiza un norte institucional claro, trazado a partir de la articulación de las necesidades de la comunidad del municipio de Concordia con los objetivos de salud pública nacional y departamental.

A. Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2024–2028 y sus 4 Líneas Estratégicas

El PDI se consolida como el instrumento central de planificación a mediano plazo, compuesto por 4 líneas estratégicas:

1. Línea 1 - Gestión de la Infraestructura Física y Equipamiento Tecnológico: Enfoque en mantenimiento preventivo, adecuaciones locativas y dotación biomédica para garantizar habilitación de servicios.
2. Línea 2 - Gestión del Talento Humano y Desarrollo de un Sistema de Información Integral en Salud: Orientada a la estabilidad laboral, competencias del personal e interoperabilidad del aplicativo de Historia Clínica XENCO.
3. Línea 3 - Fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, Humanización y Calidad: Implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), programas rurales de salud pública, PAMEC y humanización del servicio.
4. Línea 4 - Fortalecimiento de la Capacidad Administrativa y Sostenibilidad Financiera: Enfocada en el control de costos, facturación, auditoría de cuentas médicas, austeridad en el gasto público y equilibrio fiscal.

B. Elaboración, Ejecución y Seguimiento al POA y POAI 2026

La formulación del Plan Operativo Anual (POA) y del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) fue aprobada por la Junta Directiva de la E.S.E. La ejecución durante el tercer trimestre demuestra cumplimiento de las actividades programadas, permitiendo realizar ajustes preventivos con base en los informes presentados por cada área misional y de apoyo.

C. Enfoque Financiero como Eje Transversal

Cada programa o proyecto formulado cuenta con una evaluación de costo-efectividad y viabilidad presupuestal. Este enfoque ha permitido mantener la responsabilidad fiscal, garantizando la suficiencia de insumos asistenciales, medicamentos, pago puntual de nómina y cumplimiento de compromisos contractuales sin generar déficit operacional.

DIMENSIÓN 2: TALENTO HUMANO

Reconoce al personal institucional como el activo más importante de la E.S.E. Se enfoca en el ciclo de vida del servidor público (ingreso, permanencia, desarrollo y retiro) bajo los principios de mérito, transparencia, integridad y equidad.

A. Gestión Estratégica del Talento Humano (GETH)

Se cuenta con planes estratégicos formulados y aprobados (PETH, Plan de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos). Se fomenta la puntualidad, el cumplimiento de horarios, el trabajo en equipo, la concertación de objetivos de desempeño (evaluación semestral CNSC) y el desarrollo de competencias técnicos-asistenciales.

B. Manual de Funciones y Competencias Laborales (Diagnóstico y Alerta)

Punto Crítico: El Manual de Funciones y Competencias Laborales de la E.S.E. se encuentra desactualizado.

- Impacto: Dificulta la definición precisa de perfiles ocupacionales y cargas de trabajo.
- Afectación Específica: No delimita las funciones entre dependencias independientes como el Archivo Central/Administrativo y el Archivo Clínico, las cuales manejan normativas, confidencialidad, tiempos de retención y perfiles profesionales totalmente diferentes (Ley 594 de 2000, Acuerdo 001 de 2024 y Resolución 1995 de 1999). Se requiere su actualización urgente.

C. Código de Integridad y Plan de Gestión de Integridad

Se implementan y promueven activamente los valores institucionales:

- Honestidad
- Respeto
- Compromiso
- Diligencia
- Justicia
- Confianza

Se desarrollaron las fases de alistamiento, diagnóstico, socialización, sensibilización y articulación con el MECI, promoviendo una cultura de transparencia y ético comportamiento en la atención al usuario.

DIMENSIÓN 3: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO

Permite materializar la planeación en resultados concretos que responden a las necesidades reales de la población atendida en Concordia.

A. Servicio al Ciudadano, Participación Social y Ruta PQRSDF

A través de la Oficina del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) se garantiza la recepción, trámite, clasificación, respuesta oportuna y seguimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF), dando estricto cumplimiento a la Ley 1755 de 2015. Se realizan jornadas de socialización sobre los Derechos y Deberes de los Usuarios, tiempos de asignación de citas y clasificación de Triage.

B. Atención Humanizada en Salud

Se prioriza la atención humanizada mediante capacitaciones periódicas al personal asistencial (médicos, enfermeras, auxiliares) y administrativo. Se promueve el buen trato, la empatía, el respeto por la dignidad del paciente y la seguridad en la atención clínica.

C. Comités Institucionales, Reuniones de Personal y Grupos Primarios

Se mantiene el cronograma regular de reuniones de Grupos Primarios, celebradas los días miércoles de cada mes para canalizar la comunicación entre la Alta Dirección y los colaboradores. Asimismo, operan formalmente los comités institucionales:

CRONOGRAMA DE REUNIONES DE COMITÉS Y GRUPOS PRIMARIOS 2026

	NOMBRE DEL COMITÉ	COORDINADOR	HORA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	COMISIÓN DE PERSONAL	Subgerente Administrativo	9:00 a. m.		25		29		24		26		28		16
2	COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	Asesor Control Interno	1,30 p.m	29			29		24			30			16
3	BIENESTAR SOCIAL	Subgerente Administrativo	11:00 a. m.	28	4	26		28		30		25		26	
4	ARCHIVOS CENTRAL - NO APLICA	Auxiliar Administrativa Archivo	10:00 a. m.				8				19			18	
5	COMPRAS	Auxiliar Administrativa Almacen	10:00 a. m.	28	27	27	30	29	26	31	28	30	30	27	10
6	CONCILIACIÓN	Gerente	10:00 a. m.		19		18		11		20		15		10
7	EMERGENCIAS	Lider del SG-SST	11:30; a. m.		19		18		11		20		15		10
8	ÉTICA	Enfermera Jefe Hospitalización	3:00; p. m.	29	26	30	30	28	25	30	27	24	29	26	17
9	FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA	Regente de Farmacia	4:00; p. m.	28	25	25	29	28	24	29	26	30	28	25	23
10	GLOSAS	Subgerente Administrativo	11.00 a.m	29			15				19			25	
11	HISTORIAS CLÍNICAS	Auxiliar Administrativa Archivo C	3:00; p m.	22	12	17-25	16	14	18	16	13	17	15	19	10
12	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN P&P	Enfermera de P y P	3:00; p m.	27	24	31	28	26	30	28	25	29	27	24	22
13	SOSTENIBILIDAD CONTABLE	Subgerente Administrativo	9:00; a.m.	29			15				19			25	
14	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - COVE	Enfermera Jefe Hospitalización	10:00 a.m.	28	18	18	15	20	17	15	19	16	21	18	16
15	DIRECTIVO	Gerente	10:00; a.m.	28	18	18	15	20	17	15	19	16	21	18	16
16	INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	Control Interno	10,30 am	15	18					30		16			16
17	PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - COPASS	Lider del SG-SST	8:00 p. m.	28	18	18	29	27	24	29	26	30	28	25	16
18	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Subgerente Administrativo	3:00; p. m.				29				26				16
19	GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL (GA	Subgerente Administrativo	4:00;p. m.	28	25	25	29	27	24	29	26	30	28	25	23

DIMENSIÓN 4: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Garantiza la verificación objetiva y continua del cumplimiento de las metas institucionales, facilitando la toma de decisiones basada en evidencia.

A. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

Permite evaluar trimestralmente el nivel de avance del PDI, POA, POAI y los 12 planes estratégicos.

B. Estrategias e Instrumentos Aplicados

- Informes Periódicos de Avance: Rendición de cuentas de los líderes de área sobre ejecución física y presupuestal.
- Espacios de Retroalimentación: Mesas de trabajo periódicas con la Gerencia para identificar desviaciones y aplicar acciones correctoras o preventivas.
- Integración con el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC): Articulación con los componentes del PAMEC para garantizar estándares de habilitación y acreditación.

DIMENSIÓN 5: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Garantiza un flujo de datos oportuno, veraz y accesible, tanto a nivel interno como externo (hacia la ciudadanía y entes de control).

A. Gestión Documental y Archivos (PINAR / PGD) – Alerta Crítica Institucional

Mediante las auditorías internas de la Oficina de Control Interno se identificó un estado de riesgo en la gestión de archivos:

1. Instrumentos Archivísticos Desactualizados: Las Tablas de Retención Documental (TRD) fueron aprobadas en el año 2017 y no han sido actualizadas conforme al Acuerdo Único de la Función Archivística (Acuerdo 001 de 2024 del AGN).
2. Carencia Tecnológica Absoluta (Ausencia de SGDEA): No se cuenta con un Software de Gestión Documental Electrónica de Archivos. La información fluye por correo electrónico informal sin metadatos de preservación digital, firmas digitales estructuradas ni trazabilidad.
3. Riesgo Crítico de Pérdida de Información: Los respaldos de los archivos digitalizados (Central y Clínico) se almacenan exclusivamente en discos duros externos sin copia de seguridad en la nube o en servidores institucionales dedicados, exponiendo a la E.S.E. a pérdida irrecuperable de Historias Clínicas e información contable.
4. Infraestructura Física Inadecuada: El depósito central presenta hacinamiento, falta de estanterías mecánicas o metálicas suficientes y ausencia de deshumidificadores, incumpliendo el Acuerdo 549 de 2000 del AGN, la Resolución 1995 de 1999 y el Acuerdo 001 de 2024.

B. Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción

Mediante la Resolución No. 287 del 06 de agosto de 2026, la E.S.E. adoptó el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), realizando la transición normativa exigida desde el antiguo PAAC. Se garantiza la actualización constante de la página web institucional para la evaluación de la Procuraduría General de la Nación (Formulario ITA).

C. Tecnologías de la Información y Seguridad Digital (PETI / XENCO)

Avanza la ejecución del Plan Estratégico de TIC (PETI). Se destaca la modernización y capacitación en el aplicativo XENCO, asegurando la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica, facturación, admisiones, inventarios y módulos de costos y presupuesto.

DIMENSIÓN 6: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

Busca que el conocimiento organizacional se preserve, transfiera y aplique para resolver problemáticas institucionales de manera innovadora.

A. Aprendizaje en Equipo y Memoria Institucional

Liderado por Planeación y Gestión Humana, se estructuró la propuesta de "Aprendizaje en Equipo" para documentar buenas prácticas y evitar la pérdida de conocimiento crítico ante la rotación de personal.

B. Alianzas Estratégicas y Capacitación Externa

Se promueve la participación del personal en seminarios y talleres impartidos por entidades líderes como la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) y la Gobernación de Antioquia, replicando los saberes al interior del Hospital.

DIMENSIÓN 7: CONTROL INTERNO (MECI)

Dimensión transversal encargada de evaluar la efectividad de las demás dimensiones a través del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), fomentando la cultura del autocontrol, autogestión y autorregulación.

A. Plan Anual de Auditorías Internas por Procesos 2026

Para la vigencia 2026, la Oficina de Control Interno programó 45 auditorías internas por procesos. A corte del 30 de septiembre de 2026, se han ejecutado 32 auditorías (71.1% de avance en la programación anual).

A continuación, se detalla el cronograma de ejecución:

Proceso / Actividad a Auditar	Tipo de Proceso	Program Ene - Mar	Program Abr - Jun	Program Jul - Sep	Program Oct - Dic	Total Program 2026
Contratación Estatal	Estratégico	3	2	2	2	9
Direccionamiento Estratégico	Estratégico	1	1	1	0	3
Organización Jurídica	Estratégico	0	1	0	0	1
Gestión de Bienes y Suministros	Apoyo	1	1	0	1	3
Gestión del Talento Humano	Apoyo	0	2	1	0	3
Gestión Financiera	Apoyo	1	1	1	2	5
Gestión Info. y Gestión Doc.	Estratégico	0	0	2	0	2
Servicio Farmacéutico - Inv.	Misional	0	1	0	1	2
Mantenimiento Hospitalario	Apoyo	0	1	0	0	1
Servicios Generales	Apoyo	0	0	0	1	1
Plan Residuos (PGIRS)	Apoyo	0	0	1	0	1
SG-SST	Apoyo	1	1	0	1	3
Arqueos de Caja Menor	Apoyo	1	2	1	1	5
PAMEC	Evaluación	0	0	1	0	1
Mapas de Riesgos	Estratégico	1	1	0	0	2
Modelo MIPG	Estratégico	1	1	1	0	3
Control Plan Mejoramiento	Evaluación	0	1	1	2	4
TOTAL AUDITORÍAS	--	10	16	11	8	45

4. ANÁLISIS DE EVIDENCIAS DOCUMENTALES Y FOTOGRÁFICAS

Como sustento objetivo de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2026, se detalla la verificación de las evidencias que respaldan este informe:

- Evidencia 01 (Formato de Evaluación al Plan de Capacitaciones - Trimestre III): Registra el seguimiento al PIC elaborado el 30/09/2026.
- Evidencia 02 y 07 (Jornadas Institucionales de Capacitación y Grupos Primarios): Registro fotográfico de las sesiones masivas de formación presencial dirigidas al personal médico, de enfermería y administrativo en el auditorio y salas de la E.S.E., sustentando el compromiso con el desarrollo continuo.
- Evidencia 03 (Acta de Capacitación en Aplicativo XENCO - Interoperabilidad): Acta institucional de la jornada realizada el 22 de septiembre de 2026 (convocada por Sistemas y Control Interno. Abordó el manejo técnico del software XENCO, captura estandarizada en Historias Clínicas e interoperabilidad de datos.
- Evidencia 04 (Capacitación en Diligenciamiento de Registros e Historia Clínica): Registro del taller práctico impartido al personal de salud sobre pautas normativas y calidad en el registro de historias clínicas.
- Evidencia 05 (Semana de Control Interno 2026 - ESAP): Afiche oficial del *Tercer Encuentro Académico: Seminario en Control Interno, Transparencia y Responsabilidad a través del MIPG*, desarrollado el 04 de septiembre de 2026 por la ESAP, sustentando la actualización técnica del personal.
- Evidencia 06 (Manual Operativo del MIPG - Versión 7): Documento normativo de Función Pública adoptado formalmente como guía para la gestión por dimensiones.
- Evidencia 08 (Simulacros de Emergencia y Dinámicas de Humanización): Registro fotográfico de actividades colectivas de formación en salud ocupacional (SG-SST), técnicas de primer respondiente y talleres de humanización para el personal en pasillos y zonas asistenciales.
- Evidencia 09 (Circular No. 50 del 25 de Junio de 2026): Circular firmada por el Gerente (Dr. Mario Alejandro Cadavid Cadavid) y el Jefe de Control Interno (Lubin Gallo Arango), convocando con carácter obligatorio al personal para la jornada de capacitación institucional y fortalecimiento de procesos celebrada el 01 de julio de 2026.
- Evidencias 10, 11 y 12 (Capacitación en Ruta PQRSDF y Comité de Ética): Material pedagógico institucional sobre el marco normativo de la Ley 1755 de 2015, clasificación de PQRSDF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias, Felicitaciones), asignación de citas, Triage y funcionamiento del Comité de Ética bajo el lema *"Más y Mejores Servicios"*.
- Evidencia 13 (Matriz del Plan Anual de Auditorías Internas 2026): Formato institucional con el cronograma y programación de las 45 auditorías del año.
- Evidencia 14 (Consolidado de Calificación de Planes Estratégicos 2026): Matriz en Excel con la evaluación porcentual por trimestre de los 12 planes del Decreto 612 de 2018.

5. ANÁLISIS GENERAL (DOFA)

Fortalezas

1. Adecuada articulación entre el PDI 2024–2028, el POA-POAI 2026 y los 12 planes del Decreto 612 de 2018.
2. Liderazgo activo de la Gerencia y Control Interno en la convocatoria y seguimiento a procesos.
3. Formalización e implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP - Res. 287/2026).
4. Avance en la interoperabilidad tecnológica mediante el aplicativo XENCO.

5. Ejecución del 71.1% del Plan Anual de Auditorías Internas a corte de septiembre.

Debilidades y Áreas de Mejora

1. Desactualización del Manual de Funciones y Competencias Laborales.
2. Diagnóstico crítico en Gestión Documental: TRD desactualizadas (2017), ausencia de SGDEA, almacenamiento de respaldo en discos duros externos y déficit de espacio físico/estanterías.
3. Necesidad de fortalecer la medición periódica del clima organizacional y del plan de incentivos.

Oportunidades

1. Implementación de un Software de Gestión Documental Electrónica de Archivos (SGDEA) acorde al Acuerdo 001 de 2024.
2. Formación continua mediante alianzas estratégicas con la ESAP y entes departamentales.
3. Modernización de la infraestructura física de depósitos de archivo y equipamiento biomédico.

Amenazas

1. Riesgo de pérdida de información confidencial u operativa sensible por falta de preservación digital.
2. Hallazgos en auditorías externas de entes de control por desactualización de instrumentos archivísticos y del Manual de Funciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- La E.S.E. Hospital San Juan de Dios demuestra un avance cuantitativo del 81% en el Trimestre III de 2026 en la ejecución de sus planes institucionales, evidenciando una gestión organizada, orientada a resultados y alineada con los principios del MIPG.
- Se destaca la incorporación de la sostenibilidad financiera como eje transversal, asegurando la prestación ininterrumpida de los servicios de salud a la comunidad de Concordia.
- Se requiere atención prioritaria e inmediata sobre el componente de Gestión Documental y la actualización del Manual de Funciones para corregir las inconsistencias operativas detectadas por Control Interno.

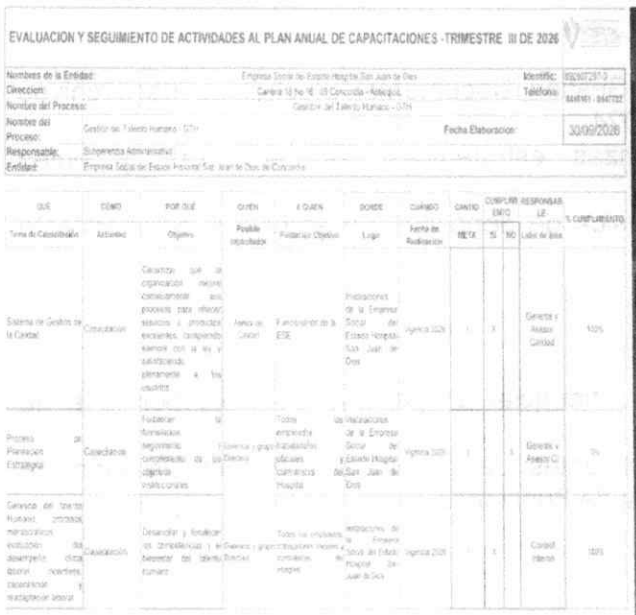
Recomendaciones

1. Gestión Documental: Adquirir e implementar un Software de Gestión Documental Electrónica de Archivos (SGDEA), actualizar las Tablas de Retención Documental (TRD) conforme al Acuerdo 001 de 2024 y migrar las copias de seguridad desde discos duros hacia servidores en la nube o infraestructura segura.

2. Manual de Funciones: Actualizar el Manual de Funciones y Competencias Laborales, formalizando la distinción técnica de perfiles entre el Archivo Central y el Archivo Clínico.
3. Culminación del Plan de Auditorías: Ejecutar las 13 auditorías restantes programadas para el cuarto trimestre de 2026.
4. Socialización del PTEP: Ampliar las jornadas de divulgación del Programa de

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.

Imagen 01



EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES AL PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES - TRIMESTRE III DE 2026

Nombres de la Entidad:	Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios	Identific:	890907297-3
Direccion:	Carrera 18 No 16 - 05 Concordia - Antioquia	Teléfono:	8446161 - 8447722
Nombre del Proceso:	Gestión del Talento Humano - GTH		
Nombre del Proceso:	Gestión del Talento Humano - GTH	Fecha Elaboración:	30/09/2026
Responsable:	Subgerencia Administrativa		
Entidad:	Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia		

QUÉ	CÓMO	POR QUÉ	QUIEN	A QUIEN	DONDE	CUÁNDO	CANTID	CUMPLIMIENTO		RESPONSABLE	% CUMPLIMIENTO
Tema de Capacitación	Actividad	Objetivo	Posible capacitador	Poblacion Objetivo	Lugar	Fecha de Realización	META	SI	NO	Lidad de área	
Sistema de Gestión de la Calidad	Capacitación	Garantizar que la organización mejore consecuentemente sus procesos para ofrecer servicios a productos excelentes, cumpliendo siempre con la ley y satisfaciendo plenamente a los usuarios	Asesor de Calidad	Funcionarios de la ESE	Instalaciones de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios	Vigencia 2026	1	X		Gerente y Asesor Calidad	100%
Proceso de Planeación Estratégica	Capacitación	Fortalecer la formulación, seguimiento, cumplimiento de los objetivos institucionales	Gerencia y grupo Directivo	Todos empleados y trabajadores oficiales, contratistas del Hospital	Instalaciones de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios	Vigencia 2026	1		X	Gerente y Asesor CI	0%
Gerencia del Talento Humano, entidades mediadoras, evaluación del desempeño, clima laboral, incentivos, capacitación y readaptación laboral	Capacitación	Desarrollar y fortalecer las competencias y el bienestar del talento humano	Gerencia y grupo Directivo	Todos los empleados y trabajadores oficiales, contratistas del Hospital	Instalaciones de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios	Vigencia 2026	1	X		Control Interno	100%

Imagen 02

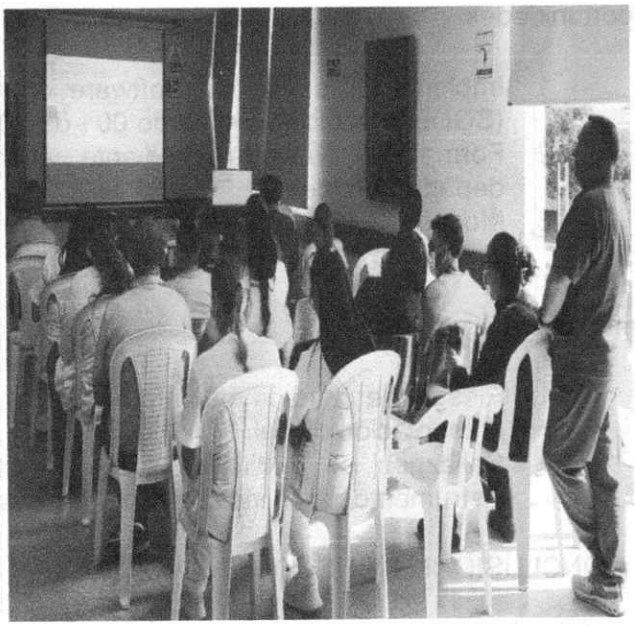
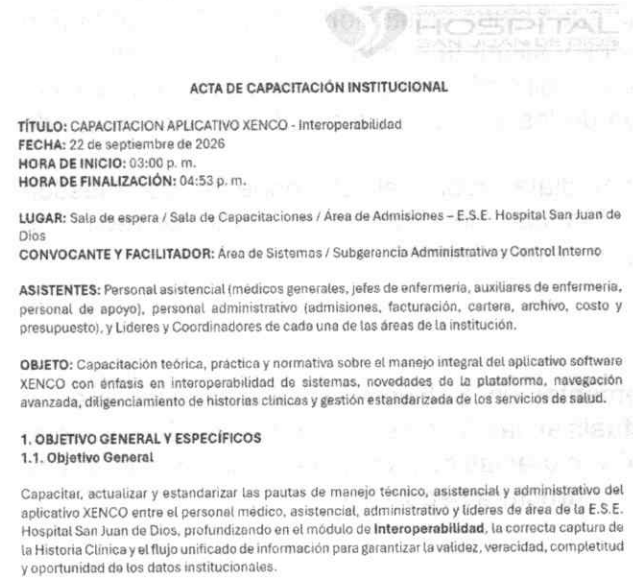


Imagen 03



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ACTA DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL

TÍTULO: CAPACITACION APLICATIVO XENCO - Interoperabilidad
FECHA: 22 de septiembre de 2026
HORA DE INICIO: 03:00 p. m.
HORA DE FINALIZACIÓN: 04:53 p. m.

LUGAR: Sala de espera / Sala de Capacitaciones / Área de Admisiones – E.S.E. Hospital San Juan de Dios
CONVOCANTE Y FACILITADOR: Área de Sistemas / Subgerencia Administrativa y Control Interno

ASISTENTES: Personal asistencial (médicos generales, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería, personal de apoyo), personal administrativo (admisiones, facturación, cartera, archivo, costo y presupuesto), y Líderes y Coordinadores de cada una de las áreas de la institución.

OBJETO: Capacitación teórica, práctica y normativa sobre el manejo integral del aplicativo software XENCO con énfasis en interoperabilidad de sistemas, novedades de la plataforma, navegación avanzada, diligenciamiento de historias clínicas y gestión estandarizada de los servicios de salud.

1. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS
1.1. Objetivo General

Capacitar, actualizar y estandarizar las pautas de manejo técnico, asistencial y administrativo del aplicativo XENCO entre el personal médico, asistencial, administrativo y líderes de área de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, profundizando en el módulo de **Interoperabilidad**, la correcta captura de la Historia Clínica y el flujo unificado de información para garantizar la validez, veracidad, completitud y oportunidad de los datos institucionales.

Imagen 04

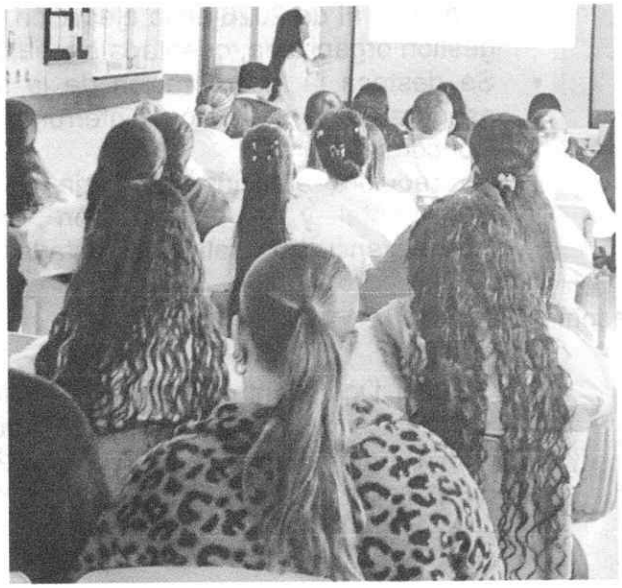


Imagen 05

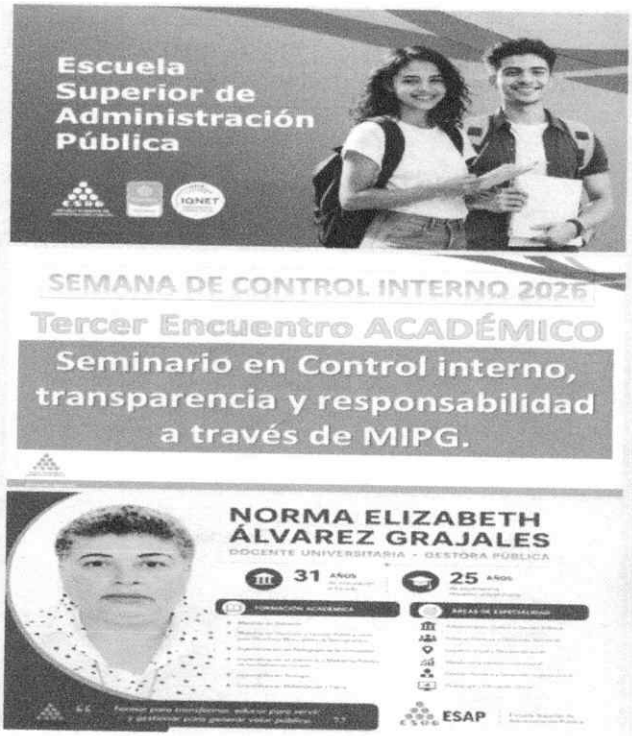


Imagen 06



Imagen 07

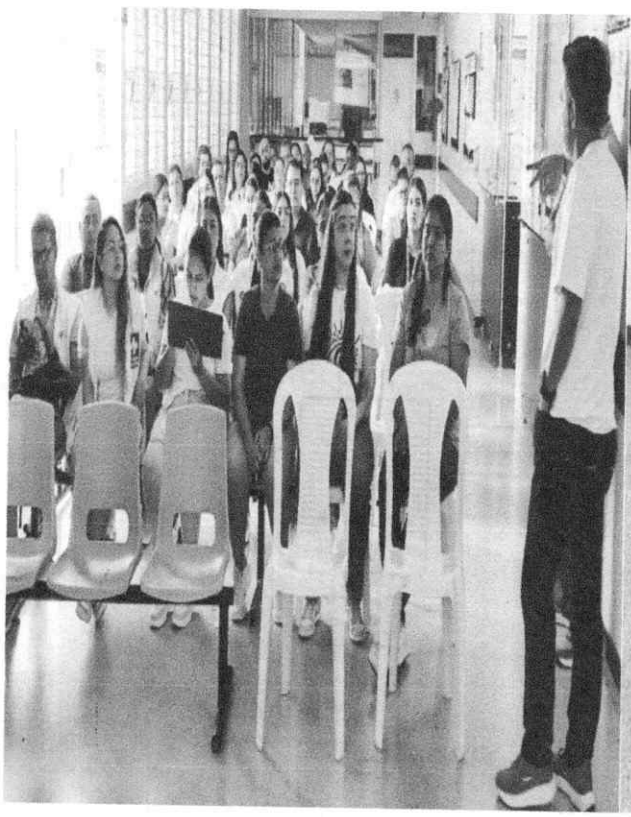


Imagen 08

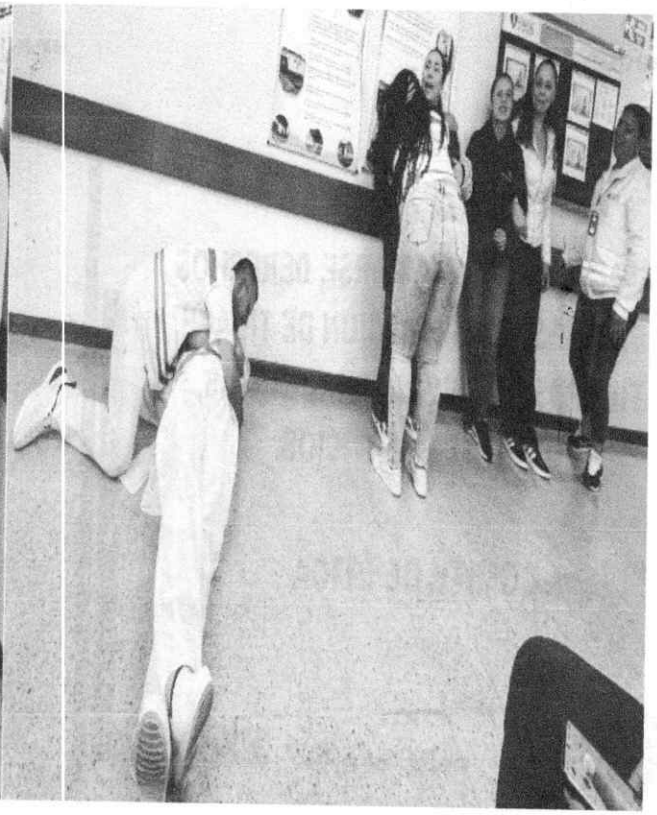


Imagen 09

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

CIRCULAR No. 50

Fecha: Jueves 25 de Junio de 2026.

Para: Personal Administrativo y Asistencial

De: Gerencia y Oficina de Control Interno

Asunto: Jornada Institucional de Capacitación y Fortalecimiento de Procesos

La Alta Gerencia y la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios se permiten informar que el próximo miércoles 01 de julio de 2026, en horario de 8:00 a.m. a 1:00 pm., se llevará a cabo una jornada institucional de capacitación y fortalecimiento organizacional, dirigida a todo el personal administrativo y asistencial de la entidad.

Durante la jornada se abordarán temas de especial relevancia relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), capacitación que será orientada por el profesional competente en la materia. De igual manera, se tratarán asuntos institucionales enfocados en la mejora continua, fortalecimiento de los procesos internos, cumplimiento normativo y optimización de la gestión institucional.

Teniendo en cuenta la importancia de los temas a desarrollar, se reitera que la asistencia es de carácter obligatorio para todo el personal convocado, por lo que se solicita la debida puntualidad y participación activa.

Agradecemos su compromiso y disposición para contribuir al fortalecimiento de nuestra institución y al mejoramiento continuo de la prestación de los servicios.

Respetuosamente,

MARIO ALEJANDRO CADAVID CADAVID
GERETE
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

LUBIN GALLO ARANGO
Jefe de Control Interno

Imagen 10

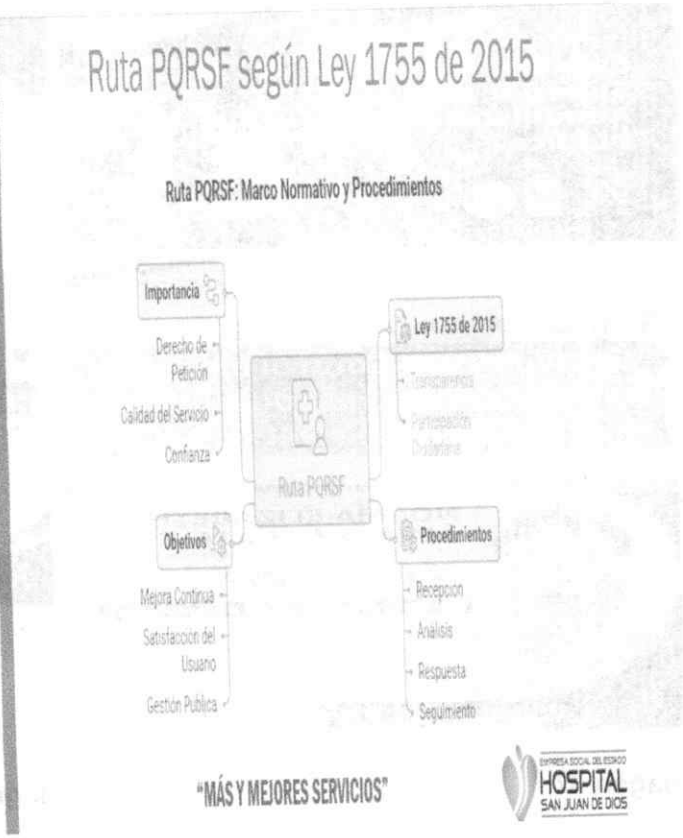


Imagen 11

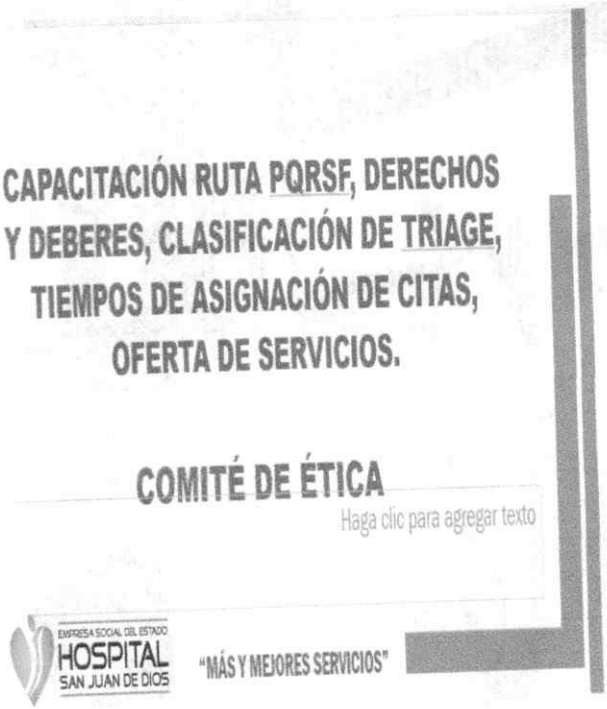


Imagen 12

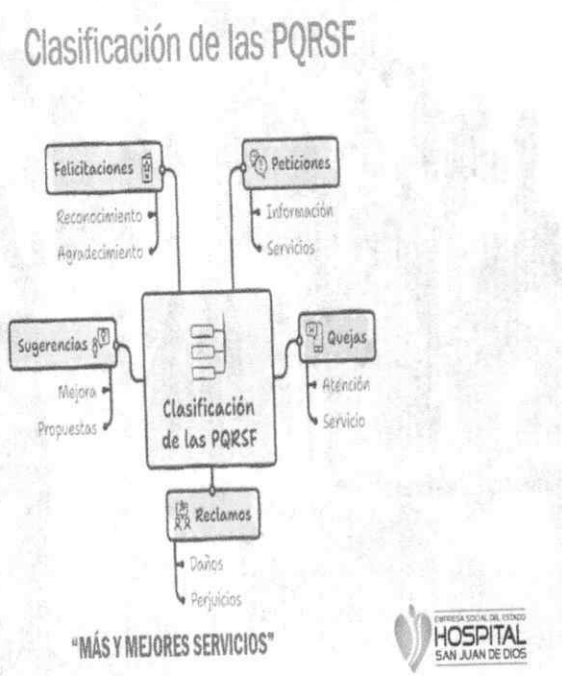


Imagen 13

PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS POR PROCESOS 2026

NOMBRE DEL PROCESO Y/O ACTIVIDAD A AUDITAR	TIPO DE PROCESOS				MESES DEL AÑO 2026											
	Estratégico	Misionales	Apoyo	Evaluación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
AUDITORÍA POR PROCESOS																
Contratación	X				X	X	X				X			X		X
Direccionamiento Estratégico	X				X			X			X			X		
Organización Jurídica	X						X									
Gestión de Bienes y Suministros			X							X						X
Gestión del Talento Humano			X				X			X			X			
Gestión Financiera			X			X		X			X			X	X	
Gestión de Información y Gestión Docum.	X											X		X		
Servicio Farmacéutico - Inventario		X								X						X
Mantenimiento Hospitalario			X						X							
Servicios Generales			X												X	
Plan de Gestión de Residuos PGIRS			X									X				
SG-SST			X		X						X					X
Arqueos de Caja Menor			X				X		X			X			X	
PAMEC	X												X			
Mapas de riesgos procesos		X		X				X								
Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG	X				X				X				X			

Imagen 14

	CONSOLIDADO DE CALIFICACION - PLANES ESTRATEGICOS VIGENCIA - 2026 - DECRETO 612 DE 2018	TRIMESTRE 01	TRIMESTRE 02	TRIMESTRE 03	TRIMESTRE 04	TOTAL
	NOMBRE DEL PLAN ESTRATEGICO	% de Cumplimiento	% de Cumplimiento	% de Cumplimiento	% de Cumplimiento	% CONSOLIDADO
1	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS PINAR	78%	74%	24%	0%	58%
2	PLAN DE ADQUISICIONES	31%	69%	80%	0%	46%
3	PLAN DE VACANTES	93%	93%	93%	0%	70%
4	PLAN DE PREVISION DE RECURSOS HUMANOS	100%	100%	100%	0%	75%
5	PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO	69%	67%	72%	0%	69%
6	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	79%	63%	81%	0%	48%
7	PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES	0%	49%	48%	0%	25%
8	PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	83%	42%	82%	0%	31%
9	P.T.E.P	44%	89%	83%	0%	49%
10	PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES PETI	63%	64%	98%	0%	64%
11	PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE LA SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION	77%	86%	86%	0%	62%
12	PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION	72%	72%	78%	0%	59%
13	PGD	96%	96%	96%	0%	72%
	TOTAL PORCENTAJE Y PONDERACION	88%	74%	81%	0%	53%

Fecha de Elaboración: 09 de Octubre de 2026

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