

## INFORME EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2025

1

Elaborado por:  
**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Tunja, enero 2026



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



## INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004 —«Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, la gerencia pública y se dictan otras disposiciones», así como de la Circular 04 del 27 de septiembre de 2005 expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial, que establece que “con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las oficinas de Planeación, los jefes de las oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorías u otros mecanismos que validen los porcentajes de los logros de cada compromiso”, y en concordancia con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina Asesora de Control Interno presenta el informe de evaluación de gestión por dependencias correspondiente al año 2025.

De igual manera, en aplicación del Decreto Reglamentario 1227 de 2005 —por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto Ley 1567 de 1998— y de la Circular No. 04 de 2005, se establecen los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias. En este marco, la norma dispone que el jefe de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, deberá tener como referentes para la evaluación:

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

La evaluación se fundamenta en la verificación del grado de cumplimiento de las metas institucionales definidas por cada dependencia, con base en los informes de Indicadores de Gestión, el Informe MIPG, los reportes de riesgos SARLAFT presentados por la segunda línea de defensa, así como en los planes de mejoramiento derivados de auditorías, los planes operativos y los seguimientos a riesgos asociados a procesos contables, informáticos y de corrupción. En atención a los resultados obtenidos en dicho proceso de seguimiento, la Oficina Asesora de Control Interno emitirá las alertas de mejora correspondientes, en el marco de sus competencias y conforme a la normatividad vigente.

## OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión de cada proceso de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, mediante la valoración cuantitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional con corte al 30 de septiembre de 2025. Esta evaluación se realizará verificando el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados, a partir de los Indicadores de Gestión, el Informe MIPG, los reportes de riesgos SARLAFT presentados por la segunda línea de defensa, así como los informes generados por la tercera línea en los Planes de Mejoramiento derivados de auditorías, los Planes Operativos y los seguimientos a riesgos asociados a procesos contables, informáticos y de corrupción. El propósito es establecer los lineamientos y correctivos necesarios para garantizar el cumplimiento de la misión institucional, en concordancia con la normatividad vigente y los principios de control interno.



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar de manera integral el desempeño de las dependencias de la institución, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en la gestión administrativa, financiera y operativa, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la optimización de los recursos disponibles.
- Detectar desviaciones que se encuentren por fuera del rango para generar alertas de mejora con el fin de dar cumplimiento a los objetivos misionales de la entidad, por parte de la Subgerencia Administrativa y Financiera, la Subgerencia de Servicios de Salud, la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios y la Oficina Asesora de Docencia e Investigación.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las metas y resultados alcanzados por la Subgerencia Administrativa y Financiera, la Subgerencia de Servicios de Salud, la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios y la Oficina Asesora de Docencia e Investigación.

3

## ALCANCE

Esta evaluación se realiza con base en los resultados obtenidos de los siguientes informes:

- Reporte de Indicadores cargados en el software ALMERA según Informe unidad de análisis estadístico – Gestión de Indicadores, (Tercer trimestre 2025).
- Calificación realizada en la evaluación de planes de mejoramiento y los seguimientos a su respectivo cumplimiento realizado por la Oficina de Control Interno, (Tercer trimestre 2025).
- Evaluación de cumplimiento de los planes MIPG aplicables a cada proceso, realizado por el subproceso de planeación (Tercer trimestre 2025).
- Evaluación de cumplimiento plan operativo anual por procesos de la E.S.E hospital universitario san Rafael de Tunja realizado por la Oficina de Control Interno (tercer trimestre 2025).
- Seguimiento a Mapa de Riesgos de Gestión y Fiscales (a 30 de junio de 2025), realizado por la Oficina de Control Interno
- Seguimiento a Mapa de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno SICOFS (segundo cuatrimestre 2025). realizado por la Oficina de Control Interno
- Seguimiento a Mapa de Riesgos SARLAF (a 30 de junio de 2025), Realizado por gestión de riesgo Integral
- Seguimiento a Mapas de Riesgos Contables (a 30 septiembre 2025), realizado por la Oficina de Control Interno
- Seguimiento a Mapa de Riesgos Informáticos (a 30 de junio de 2025), realizado por la Oficina de Control Interno



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



## METODOLOGÍA

La oficina de control interno realiza calificación por procesos teniendo en cuenta la Resolución No 559 de fecha 11 de diciembre 2024, "Por medio de la cual se deroga la Resolución 222 de 2021 y se definen mecanismos de planeación, evaluación, y rendición de informes de gestión de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja" artículo cuarto "escalas de calificación", los rangos establecidos de medición corresponden a la siguiente escala cromática:

4

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo a la Resolución Interna N° 107 de 2018 es la siguiente escala cromática:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Menor del 60% código cromático rojo.</li> <li>Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo.</li> <li>Entre 80% y 100% código cromático verde.</li> </ul>
VALORACIÓN DE LAS FRANJAS CROMATICAS
VERDE
Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.
AMARILLO
Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento, aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.
ROJO
Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.

Adicionalmente, y conforme a lo estipulado en la Resolución No. 357 de septiembre de 2025, la entidad modifica el artículo 3 de la Resolución 330 del 1° de agosto de 2024, adoptando la versión actualizada del organigrama funcional de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Esta actualización se establece como una estrategia de apoyo al funcionamiento institucional, basada en procesos orientados al cumplimiento de la misionalidad. En este contexto, se realiza la evaluación por dependencias de los procesos adscritos a la Subgerencia Administrativa y Financiera, la Subgerencia de Servicios de Salud, la Oficina Asesora de Servicios y la Oficina Asesora de Docencia e Investigación.

### 1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

	PROCESO	SUBPROCESO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO
		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	GESTIÓN FINANCIERA	CONTABILIDAD
		PRESUPUESTO
		COSTOS
		TESORERÍA
		FACTURACIÓN
		CARTERA
		AUDITORÍA
		LAVANDERÍA
	SERVICIOS DE APOYO	ASEO Y DESINFECCIÓN
		VIGILANCIA
		ALIMENTACIÓN
	GESTION DE RECURSOS FISICOS	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO
		GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
		GESTIÓN AMBIENTAL
		GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJO
	GESTION DE LA CONTRATACIÓN COMERCIAL	GESTION DE LA CONTRATACIÓN
		COMERCIAL
GESTIÓN JURÍDICA	GESTIÓN JURÍDICA	

A continuación, se realiza la evaluación para la subgerencia administrativa y financiera

**PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 013 de 2024):** Dirigir, liderar, planear, coordinar, controlar y evaluar todos los procesos administrativos, financieros y logísticos de la Institución; desarrollando políticas orientadas a fortalecer la administración del recurso humano, recursos de información, la contratación administrativa y el mantenimiento de la planta física y los recursos materiales de la empresa, que garantice la adecuada prestación de los servicios de salud.

5

PROCESO	SUBPROCESO	MEDICIÓN									TOTAL
		INDICADORES (Cumplimiento a la meta)	PLANES DE MEJORA	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MAPA DE RIESGOS CONTABLES	MAPA DE RIESGOS GESTIÓN Y FISCALES	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SICOF	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SARLAF	MAPA DE RIESGOS INFORMATICOS	
PERIODICIDAD		(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/06/2025)	(II cuatrimestre 2025)	(a 30/06/2025)	(a 30/06/2025)	
TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO 2025	100%	NA	100%	100%	NA	97%	NA	100%	NA	99,4%
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	93%	NA	NA	90%	NA	71%	100%	NA	NA	88,5%
GESTIÓN FINANCIERA	CONTABILIDAD	0%	100%	NA	100%	91%	NA	100%	NA	NA	78,2%
	PRESUPUESTO	NA	100%	NA	NA	NA	89%	NA	NA	NA	94,5%
	COSTOS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	TESORERIA	100%	83%	NA	NA	NA	91%	100%	100%	NA	94,8%
	CARTERA	100%		NA	100%	NA	82%	100%	NA	NA	95,5%
	AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	100%	NA	NA	100%	NA	100%	100%	NA	NA	100,0%
	AUDITORIA CONCURRENTE	71%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	71,0%
	AUTORIZACIONES	100%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100,0%
FACTURACION	100%	NA	NA	100%	NA	100%	NA	NA	NA	100,0%	
SERVICIOS DE APOYO	LAVANDERÍA	100%	NA	NA	100%	NA	100%	NA	59%	NA	89,8%
	ASEO Y DESINFECCIÓN	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA	NA
	VIGILANCIA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA	NA
	ALIMENTACIÓN	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA	NA
GESTION DE RECURSOS FISICOS	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO 2024	100%	100%	NA	92%	NA	100%	89%	NA	NA	96,2%
	GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	40%	100%	NA	65%	NA	95%	95%	NA	NA	79,0%
	GESTIÓN AMBIENTAL	87%	NA	NA	NA	NA	96%	NA	NA	NA	91,5%
	GESTION DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJO	0%	83%	NA	NA	NA	94%	100%	NA	NA	69,3%
GESTION DE LA CONTRATACIÓN	GESTION DE LA CONTRATACIÓN	100%	79%	NA	NA	NA	97%	100%	79%	NA	91,0%
GESTIÓN JURÍDICA	GESTIÓN JURÍDICA	100%	NA	NA	99%	NA	59%	79%	NA	NA	84,3%
<b>PROMEDIO</b>		<b>80,69%</b>	<b>92,14%</b>	<b>100,00%</b>	<b>94,60%</b>	<b>91,00%</b>	<b>90,79%</b>	<b>96,30%</b>	<b>84,50%</b>	<b>NA</b>	<b>89,58%</b>

Fuente: Propia información reportada segunda y tercera línea

**ANÁLISIS:** La ejecución de las actividades desarrolladas por la Subgerencia Administrativa y Financiera logró en términos generales un 89% de cumplimiento, manteniendo el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior, en lo relacionado al cumplimiento en los siguientes aspectos:

- **Ejecución de la meta de Indicadores:** De acuerdo con el reporte de indicadores con corte al 30 de septiembre de 2025, presentado por la segunda línea de defensa, se evidencia un cumplimiento global del 80% de las metas establecidas. No obstante, se presentan incumplimientos en los siguientes subprocesos:
  - Auditoría Concurrente, con un cumplimiento del 71%.
  - Gestión de la Tecnología Biomédica, con un cumplimiento del 40%.
  - Gestión de Suministros y Activos Fijos, con un cumplimiento del 0%.

En relación con el indicador 2308, denominado "Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida", este se configura como una herramienta financiera y de gestión orientada a evaluar la eficiencia institucional, al comparar el gasto de funcionamiento y operación con el número de Unidades de Valor Relativo (UVR) generadas en un periodo determinado. Si bien dicho indicador fue reportado con incumplimiento por el área de Contabilidad, en realidad corresponde a una medición de carácter transversal de la organización, por lo cual no refleja de manera directa un incumplimiento atribuible de forma exclusiva a esa dependencia.

- **Planes de mejora:** De acuerdo con el informe de seguimiento a los planes de mejoramiento, con fecha de corte al 30 de septiembre de 2025 y elaborado por la tercera línea de defensa, se evidencia un cumplimiento general del 92%. El proceso de Contratación registra un cumplimiento del 79%, lo que corresponde a una calificación moderada. En contraste, los demás procesos alcanzan niveles de cumplimiento superiores al 80%, y no se presentan resultados por debajo del 60% de cumplimiento.
- **Plan de Acción MIPG:** Reporte segunda línea, con fecha de corte tercer trimestre 2025, se observa una calificación fuerte en todos los procesos intervinientes, con un 100% de cumplimiento.
- **Informe de Seguimiento a Plan Operativo Anual:** Reporte segunda línea, con corte a 30 de septiembre 2025, se observa un cumplimiento del 95%, No obstante, se presentan incumplimientos en los siguientes subprocesos:
  - Gestión de la Tecnología Biomédica, con un cumplimiento del 65%.
- **Mapa de Riesgos Contables:** En el seguimiento a la matriz de riesgos del proceso, con corte al 30 de septiembre de 2025, se determinó que, en la Subgerencia Administrativa y Financiera, los controles implementados para mitigar los riesgos identificados resultaron efectivos, alcanzando un nivel de cumplimiento del 91%. Se recomienda continuar con la implementación y el fortalecimiento de los controles en el Área Financiera.
- **mapa de riesgos gestión y fiscales:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de gestión y fiscales con corte a 30 de junio de 2025, se pudo establecer que para la Subgerencia administrativa y financiera los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos presentando un cumplimiento del 90%, sin embargo se evidencia en los sub procesos de Seguridad y Salud en el Trabajo obtienen una calificación moderada, presentando algunas debilidades en la ejecución de los controles establecidos para los riesgos identificados.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SICOF:** En el seguimiento a los Riesgos de Corrupción, con corte al segundo cuatrimestre de 2025, se evidenció que la Subgerencia Administrativa y Financiera



cuenta con controles definidos que atienden de manera efectiva el riesgo, alcanzando un nivel de cumplimiento del 96%. No obstante, se recomienda continuar con la implementación y el fortalecimiento de los controles en el área de Gestión Jurídica, la cual presenta una calificación moderada.

- **Mapa de Riesgo de Proceso SARLAF:** En el seguimiento a la matriz de riesgos SARLAF, con corte 30 de junio 2025 realizado por la segunda línea de defensa, se puede establecer un cumplimiento del 84%. No obstante, se presentan incumplimientos en los siguientes subprocesos:
- Servicios de Apoyo, (Lavandería, Aseo y Desinfección, Vigilancia, Alimentación) con un cumplimiento del 59%.
- **Mapa de Riesgos Informáticos:** De acuerdo al informe realizado por tercera línea con fecha de corte 30 de junio 2025, para este componente no se presentan resultados de esta índole asociados a los procesos de la subgerencia Administrativa y Financiera.

7

### RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Es necesario mantener continua revisión de los riesgos y controles identificados de tal manera que se fortalezcan y mejoren según la necesidad del proceso y teniendo en cuenta las diferentes alertas generadas a través de los informes del área de Control Interno, así mismo mantener continua ejecución del autocontrol en cada subproceso de la dependencia.
- Es indispensable mantener continua retroalimentación de los resultados periódicos con los líderes de los procesos que conforman la Subgerencia con el fin de socializar las debilidades y alertas presentadas en aras de generar planes de acción que mitiguen dichas situaciones y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.
- Fortalecer las acciones y flujo de información entre procesos de tal manera que se garantice la disposición de la información de manera oportuna.
- Fortalecer las actividades de autocontrol de los diferentes procesos para mitigar las debilidades presentadas y optimizar los resultados.
- Se recomienda que los subprocesos con bajos niveles de cumplimiento en las metas de los indicadores realicen un análisis detallado, con el fin de formular acciones correctivas o plantear iniciativas de mejora para aquellos indicadores que no alcancen la meta establecida, es fundamental considerar que un desempeño deficiente en un indicador de gestión puede generar desviaciones significativas en el análisis institucional, afectando la confiabilidad de la información, la calidad de los datos y comprometiendo la efectividad en la toma de decisiones estratégicas.
- Verificar que los indicadores correspondan al proceso y que se asigne de manera adecuada un responsable para garantizar su seguimiento y cumplimiento, puntualmente lo relacionado con el indicador 2308, denominado "Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida", el cual no refleja de forma directa un incumplimiento atribuible exclusivamente a la dependencia.

- En la evaluación realizada a la Subgerencia Administrativa y Financiera se obtuvo, en términos generales, un 89% de cumplimiento. No obstante, los siguientes obtuvieron calificación baja
- **Indicadores:** Se encuentra Cartera y Gestión de Suministros y Activos Fijos con el 0% de cumplimiento y Tecnología Biomédica con una calificación del 40%.
- **Plan Operativo Anual Se encuentra el subproceso de Tecnología Biomédica** con el 65% de cumplimiento.
- **Evaluación de mapa de riesgo de proceso SARLAF**, con Servicios de Apoyo, (Lavandería, Aseo y Desinfección, Vigilancia, Alimentación) con un cumplimiento del 59%.
- Dentro de los aspectos considerados en la evaluación, el promedio más bajo corresponde al subproceso de:
  - Auditoria Concurrente, con un 71% de cumplimiento.
  - Gestión de Suministros y Activos Fijos, con un cumplimiento del 69%.

## 2. SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

	PROCESO	SUBPROCESO	
SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	ATENCIÓN DE URGENCIAS	URGENCIAS GINECOBSTERICIA	
		URGENCIAS ADULTO	
		URGENCIAS PEDIÁTRICA	
		ATENCIÓN URGENCIAS	
		URGENCIAS ENFERMERÍA	
		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
	ATENCIÓN AMBULATORIA	ATENCIÓN AMBULATORIA	
	ATENCIÓN HOSPITALARIA	ATENCIÓN HOSPITALARIA	
		ASIGNACIÓN DE CAMAS	
		MEDICINA INTERNA	
		HOSPITALIZACIÓN	
		HOSPITALIZACIÓN ADULTO	
		HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	
		HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA ENFERMERÍA	
		UCI PEDIÁTRICA	
		UCI ADULTO	
		UCI ADULTO ENFERMERÍA	
		UCI NEONATAL	
		UCI NEONATAL ENFERMERÍA	
		UCI PEDIÁTRICA	
		UCI PEDIÁTRICA ENFERMERÍA	
		ATENCIÓN PARTO	
		GINECOBSTERICIA	
		HOSPITALIZACIÓN GINECOBSTERICIA	
		ENFERMERA COORDINADORA GINECOLOGÍA	
		QUIROFANOS	QUIRÓFANOS
			SALAS DE CIRUGÍA
	SALAS DE CIRUGÍA ENFERMERÍA		
	ESTERILIZACIÓN		
	PROGRAMACIÓN DE CX		
	ANESTESIOLOGÍA		
	CX PEDIÁTRICA		
	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		
	NEUROCIRUGÍA		
	CX PLÁSTICA		
	CX GENERAL		
	GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA	GASTROENTEROLOGÍA	
		GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA	
		CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES	
		EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	
		PROGRAMA HOSPITAL GENERADOR DE VIDA	
		PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	
		PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	
		RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	



		PROGRAMA EGRESO SEGURO Y SEGUIMIENTO POS EGRESO
		PROGRAMA CLÍNICA ANTICOAGULACIÓN
		PROGRAMA TROMBOLISIS Y TELETROMBOLISIS
		PROGRAMA CLÍNICA DE OBESIDAD
<b>GESTIÓN FARMACEUTICA</b>		PROGRAMA PROA
		PROGRAMA PROA PEDIÁTRICO
		ESTRATEGIA IAMI
		PROGRAMA MADRE CANGURO
		PROGRAMA POR TU PIEL
		PROGRAMA NUTRE
		DIRECTOR TÉCNICO DE FARMACIA
		QF-PROA
		QF-CAPM
		QF-FARMACOVIGILANCIA
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>		QF-CAPM-2
		QF- SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO
		QF-SAM
		APOYO DIAGNOSTICO
		GESTIÓN TRANSFRUNCIONAL
<b>APOYO TERAPEUTICO</b>		RADIOLOGÍA, IMÁGENES DX E INTERVENCIONISMO
		IMÁGENES DX NO IONIZANTES
		HEMODINÁMICA E INTERVENCIONISMO
		PATOLOGÍA
		REHABILITACIÓN TERAPIA RESPIRATORIA
		REHABILITACIÓN TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y DE LENGUAJE
		PSICOLOGÍA
		NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
		ENFERMERÍA
		ENFERMERÍA
	<b>ENFERMERIA</b>	ENFERMERÍA
	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ATENCION AL USUARIO-SIAU</b>	SIAU
	<b>HUMANIZACIÓN</b>	PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN
	<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	SEGURIDAD DEL PACIENTE

A continuación, se realiza la evaluación para la Subgerencia Servicios de Salud

**PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 013 de 2024):** Dirigir, liderar, planear, coordinar, controlar y evaluar todos los procesos asistenciales y de prestación de servicios de salud de la Empresa con sus correspondientes procedimientos y actividades, estableciendo políticas de atención al usuario para lograr el desarrollo de los programas y metas previamente establecidos, que garantice la adecuada prestación de los servicios de salud.

PROCESO	SUBPROCESO	MEDICIÓN									
		INDICADORES (Cumplimiento a la meta)	PLANES DE MEJORA FUENTE CONTROL INTERNO	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MAPA DE RIESGOS CONTABLES	MAPA DE RIESGOS GESTIÓN Y FISCALES	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SICOF	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SARLAF	MAPA DE RIESGOS INFORMATICOS	TOTAL
PERIODICIDAD		(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/06/2025)	(II cuatrimestre 2025)	(a 30/06/2025)	(a 30/06/2025)	
<b>ATENCIÓN DE URGENCIAS</b>	URGENCIAS GINECOBSTRICIA	100%	NA	NA	89%	NA	89%	NA	NA	NA	93%
	URGENCIAS ADULTO	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	URGENCIAS PEDIÁTRICA	90%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	90%
	ATENCIÓN URGENCIAS	71%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	71%
	URGENCIAS ENFERMERIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	ATENCIÓN AMBULATORIA	90%	NA	NA	80%	NA	100%	100%	NA	NA	93%
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>	ATENCIÓN HOSPITALARIA	92%	NA	NA	89%	NA	89%	NA	NA	NA	90%
	ASIGNACIÓN DE CAMAS	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%

	MEDICINA INTERNA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	HOSPITALIZACIÓN	66%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	66%
	HOSPITALIZACIÓN ADULTO	86%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	86%
	HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA	88%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	88%
	HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA ENFERMERIA	0%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	0%
	UCI ADULTO	88%	NA	NA		NA	79%	NA	NA	NA	84%
	UCI ADULTO ENFERMERIA	83%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	83%
	UCI NEONATAL	84%	NA	NA		NA	93%	NA	NA	NA	89%
	UCI NEONATAL ENFERMERIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	UCI PEDIATRICA	87%	NA	NA		NA	79%	NA	NA	NA	83%
	UCI PEDIATRICA ENFERMERIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	ATENCIÓN PARTO	95%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	95%
	GINECOOBSTETRICIA	90%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	90%
	HOSPITALIZACIÓN GINECOOBSTETRICIA	88%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	88%
	ENFERMERIA GINECOLOGIA	50%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	50%
<b>QUIROFANOS</b>	QUIROFANOS	33%	NA	NA	94%	NA	NA	NA	NA	NA	64%
	SALAS DE CIRUGIA	86%	NA	NA		NA	89%	100%	NA	NA	92%
	SALAS DE CIRUGIA ENFERMERIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	ESTERILIZACIÓN	66%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	66%
	PROGRAMACIÓN DE CX	83%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	83%
	ANESTESIOLOGIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	CX PEDIATRICA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	NEUROCIRUGIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	CX PLASTICA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	CX GENERAL	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	GASTROENTEROLOGIA	66%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	66%
<b>GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA</b>	GESTIÓN PREVENTIVA Y PREDICTIVA	100%	NA	NA	82%	NA	NA	NA	NA	NA	91%
	CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA	100%	NA	NA		NA	100%	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA HOSPITAL GENERADOR DE VIDA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	50%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	50%
	RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA EGRESO SEGURO Y SEGUIMIENTO POS EGRESO	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA CLÍNICA ANTICOAGULACIÓN	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%



	PROGRAMA TROMBOLISIS Y TELETROMBOLISIS	75%	NA	NA	99%	NA	NA	NA	NA	NA	75%	
	PROGRAMA CLINICA DE OBESIDAD	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA PROA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA PROA PEDIATRICO	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	ESTRATEGIA IAMI	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA MADRE CANGURO	100%	NA	NA		NA	86%	NA	NA	NA	NA	93%
	PROGRAMA POR TU PIEL	87%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	87%
	PROGRAM NUTRE	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
<b>GESTIÓN FARMACEUTICA</b>	DIRECTOR TECNICO DE FARMACIA	94%	71%	NA	99%	NA	NA	100%	100%	NA	93%	
	QF-PROA		NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	QF-CAPM		NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	QF- FARMACOVIGILANCIA		NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	QF-CAPM-2	0%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	0%
	QF- SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO		NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	QF-SAM		NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	APOYO DIAGNOSTICO	100%	NA	NA	98%	NA	100%	NA	NA	NA	99%	
		NA	50%	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	50%
	LABORATORIO CLINICO	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	GESTION TRANSFRUNCIONAL	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	RADIOLOGIA, IMÁGENES DX E INTERVENCIONISMO	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	IMÁGENES DX NO IONIZANTES	66%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	66%
	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
PATOLOGIA	100%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%		
<b>APOYO TERAPEUTICO</b>	REHABILITACIÓN TERAPIA RESPIRATORIA	50%	NA	NA	75%	NA	NA	NA	NA	NA	63%	
	REHABILITACIÓN TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL Y DE LENGUAJE	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PSICOLOGIA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	NUTRICION Y DIETETICA	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%
<b>ENFERMERIA</b>	ENFERMERIA	100%	NA	NA	88%	NA	89%	NA	NA	NA	92%	
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO-SIAU</b>	SIAU	100%	NA	NA	98%	NA	93%	100%	NA	NA	98%	
<b>HUMANIZACIÓN</b>	PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN	50%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50%	
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	SEGURIDAD DEL PACIENTE	100%	NA	NA	100%	NA	NA	NA	NA	NA	100%	
		NA	NA	NA	98%	NA	NA	NA	NA	NA	98%	



DIRECCIONAM ENTO ESTRATEGICO	PLANEACIÓN	100%	NA	NA	NA	NA	100%	NA	100%	NA	100%
PROMEDIO		88%	61%	NA	91%	NA	91%	100%	100%	NA	88%

Fuente: Propia información reportada segunda y tercera línea

**ANÁLISIS:** La ejecución de las actividades desarrolladas por la Subgerencia de servicios de salud logró en términos generales un 88% de cumplimiento, manteniendo el buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior, en lo relacionado al cumplimiento en los siguientes aspectos:

12

➤ **Ejecución de la meta de Indicadores:**

Teniendo en cuenta el reporte de indicadores con corte al 30 de septiembre de 2025, presentado por la segunda línea de defensa, se evidencia un cumplimiento global del 92%. Sin embargo, se registran incumplimientos en las metas de los siguientes subprocesos y/o programas:

- Hospitalización: 66%
- Enfermería – Gastroenterología: 50%
- Atención de Urgencias: 71%
- Quirófanos: 33%
- Esterilización: 66%
- Gastroenterología: 66%
- Imágenes Diagnósticas No Ionizantes: 66%
- Programa de Rehabilitación Pulmonar: 50%
- Programa de Trombólisis y Tele trombólisis: 75%
- Rehabilitación – Terapia Respiratoria: 50%
- Programa de Humanización: 50%
- Programa de Adherencia a GPC: 40%
- Hospitalización Pediatría – Enfermería: 0%
- Programa de Farmacovigilancia: 0%

En consecuencia, se recomienda fortalecer las acciones orientadas a garantizar el cumplimiento eficiente, eficaz y efectivo de los controles institucionales, con el fin de asegurar la mejora continua y la alineación con la misión organizacional.

**Planes de mejora:** De acuerdo a lo arrojado en el informe de seguimiento a planes de mejoramiento realizado por la tercera línea, con fecha de corte 30 de septiembre 2025, se evidencia un cumplimiento general del 61%, Sin embargo, se registran incumplimientos en las metas de los siguientes subprocesos y/o programas:

- Gestión Farmacéutica presenta un avance del 71% de ejecución
  - laboratorio Clínico con el 50% presentan calificación deficiente.
- **Plan de Acción MIPG:** De acuerdo al reporte de segunda línea con fecha de corte tercer trimestre 2025 para este componente no se presentan resultados asociados a los procesos de la Subgerencia de Servicios de Salud.

- **Informe de Seguimiento a Plan Operativo Anual:** Reporte segunda línea, con corte a 30 de septiembre 2025, se observa una calificación fuerte en todos los procesos intervinientes del 91% de cumplimiento, presentando incumplimiento moderado el siguiente programa:
  - Programa de rehabilitación pulmonar, con el 75% de cumplimiento.
- **Mapa de Riesgos Contables:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de proceso a corte 30 de septiembre de 2025, para este componente no se presentan resultados de esta índole asociados a los procesos de la Subgerencia de Servicios de Salud.
- **Mapa de riesgos gestión y fiscales:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de gestión y fiscales con corte a 30 de junio de 2025, la Subgerencia de Servicios de Salud obtuvo un cumplimiento del 91%, es importante tener en cuenta que los siguientes subprocesos UCI adulto (79) y UCI pediátrica (79), fueron evaluados con una calificación moderada, lo que permite evidenciar algunas debilidades respecto a la implementación de controles.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SICOF:** En el seguimiento a Riesgos de Corrupción a corte a segundo cuatrimestre 2025, se pudo establecer que la Subgerencia de Servicios de Salud, presenta un cumplimiento del 100%, se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles definidos los cuales le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SARLAF:** En el seguimiento a la matriz de riesgos SARLAF, con corte 30 de septiembre 2025 realizado por la segunda línea, se puede establecer un cumplimiento del 100%.
- **Mapa de Riesgos Informáticos:** De acuerdo al informe realizado por tercera línea con fecha de corte 30 de junio 2025, para este componente no se presentan resultados de esta índole asociados la Subgerencia de Servicios de Salud.

## RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Es necesario mantener una revisión continua de los riesgos y controles identificados, de manera que estos se fortalezcan y se ajusten conforme a las necesidades de cada proceso, teniendo en cuenta las alertas generadas a través de los informes del área de Control Interno y de otras fuentes. Asimismo, resulta indispensable garantizar la ejecución permanente del autocontrol en cada subproceso de la dependencia, como mecanismo para asegurar la eficacia y eficiencia en la gestión institucional.
- Es indispensable mantener continua retroalimentación de los resultados periódicos con los líderes de los procesos que conforman la Subgerencia con el fin de socializar las debilidades y alertas presentadas en aras de generar planes de acción que mitiguen dichas situaciones y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.
- Se recomienda que los subprocesos con bajos niveles de cumplimiento en las metas de los indicadores realicen un análisis detallado, con el fin de formular acciones correctivas o plantear iniciativas de mejora para aquellos indicadores que no alcancen la meta establecida, es



fundamental considerar que un desempeño deficiente en un indicador de gestión puede generar desviaciones significativas en el análisis institucional, afectando la confiabilidad de la información, la calidad de los datos y comprometiendo la efectividad en la toma de decisiones estratégicas.

- En la evaluación realizada a la Subgerencia Servicios de Salud se obtuvo, en términos generales, un 88% de cumplimiento. No obstante, los siguientes obtuvieron calificación baja

- **Indicadores:** Hospitalización pediatría enfermería y QF- seguimiento farmacoterapéutico, con el 0% de cumplimiento, quirófanos con el 33% y programa de humanización, rehabilitación terapia respiratoria, programa de rehabilitación pulmonar, enfermería ginecología con el 50% de cumplimiento.

- **Planes de Mejoramiento**, con Laboratorio Clínico con el 50%.

- **Plan Operativo Anual**, Apoyo Terapéutico con el 75% de cumplimiento.

- Dentro de los aspectos considerados en la evaluación, el promedio más bajo corresponde al subproceso de:

- Hospitalización Pediatría Enfermería y programa QF-CAPM-2, con un 0% de cumplimiento.

- Enfermería Ginecología, programa de rehabilitación pulmonar, poyo Diagnostico y Programa de Humanización con un cumplimiento del 50%.

### 3. OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS

	PROCESO	SUBPROCESO
OFICINA ASESORA DE SERVICIOS	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GESTION DOCUMENTAL
		TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
		COMUNICACIONES Y MEDIOS
	GESTION DE CALIDAD	INFORMACION PARA LA CALIDAD
		AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO
		HABILITACION
		ACREDITACION
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PLANEACION
		GESTION COMERCIAL
		GESTION DEL RIESGO INTEGRAL

A continuación, se realiza la evaluación para la Oficina Asesora Desarrollo de Servicios

**PROPOSITO PRINCIPAL (Acuerdo 013 de 2024):** Asesorar a la gerencia y a las áreas del Hospital en el desarrollo de los sistemas de Gestión de Calidad y Planeación, que contribuyan a la prestación de servicios de salud de óptima calidad, propiciando la consolidación de una cultura de servicio humanizado y mejoramiento continuo e implementación del plan estratégico de gestión y resultados para el hospital.

PROCESO	SUBPROCESO	MEDICIÓN									TOTAL
		INDICADORES (Cumplimiento a la meta)	PLANES DE MEJORA FUENTE CONTROL INTERNO	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MAPA DE RIESGOS CONTABLES	MAPA DE RIESGOS GESTIÓN Y FISCALES	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SICOF (II cuatrimestre 2025)	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SARLAF	MAPA DE RIESGOS INFORMATICOS	
PERIODICIDAD		(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/06/2025)	(II cuatrimestre 2025)	(a 30/06/2025)	(a 30/06/2025)	
GESTION DE LA INFORMACIÓN	TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	91%	100%	NA	100%	NA	94%	95%	NA	94%	96%
	GESTIÓN DOCUMENTAL	100%	NA	90%	100%	NA	100%	100%	NA	NA	98%
	COMUNICACIONES Y MEDIOS	100%	100%	90%	100%	NA	86%	NA	NA	NA	95%
GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD	100%	NA	NA	90%	NA	95%	100%	NA	NA	96%
	MEJORAMIENTO CONTINUO	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PAMEC	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROCESOS PRIORITARIOS	100%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	100%
	PROGRAMA DE ADHERENCIA A GPC	40%	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	40%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PLANEACIÓN_RIESGOS	100%	NA	100%	NA	NA	NA	NA	NA	100%	
PROMEDIO		92%	100%	93%	98%	NA	94%	98%	NA	94%	91%

Fuente: Propia información reportada segunda y tercera línea

**ANÁLISIS:** La ejecución de las actividades realizadas por la Oficina Asesora de desarrollo de servicios logró un 91% de cumplimiento, reflejando un buen desempeño, compromiso y mejoramiento continuo de la dependencia frente a la vigencia anterior, en lo relacionado al cumplimiento en los siguientes aspectos:

- **Ejecución de la meta de Indicadores:** Teniendo en cuenta el reporte de indicadores con corte 30 de septiembre 2025, presentado por segunda línea se evidencia un cumplimiento total del 92%, sin embargo, se observa una calificación débil en el programa de adherencia a Guías de Práctica Clínica con un cumplimiento del 40%, por lo que se recomienda fortalecer las acciones tendientes a dar cumplimiento eficiente, eficaz y efectivo a la ejecución de controles.
- **Planes de mejora:** De acuerdo a lo arrojado en el informe de seguimiento a planes de mejoramiento realizado por la tercera línea, con fecha de corte 30 de septiembre 2025, se evidencia un cumplimiento general del 100%, presentando una calificación fuerte.
- **Plan de Acción MIPG:** Reporte segunda línea con fecha de corte tercer trimestre 2025, Con un nivel de cumplimiento del 93%, se recomienda continuar fortaleciendo las acciones orientadas a garantizar una ejecución de controles eficiente, eficaz y efectiva.
- **Informe de Seguimiento a Plan Operativo Anual:** Reporte segunda línea, con corte a 30 de septiembre 2025, se observa una calificación fuerte en todos los procesos intervinientes, con un 98% de cumplimiento.
- **Mapa de Riesgos Contables:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de proceso a corte 30 de septiembre de 2025, para este componente no se presentan resultados de esta índole asociados a los procesos de la Oficina Asesora de desarrollo de servicios.

- **Mapa de Riesgos Gestión y Fiscales:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de gestión y fiscales con corte a 30 de junio de 2025, se pudo establecer que para la Oficina Asesora de desarrollo de servicios los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos, presentando un cumplimiento del 94% calificación fuerte.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SICOF:** En el seguimiento a Riesgos de Corrupción a corte a segundo cuatrimestre 2025, se pudo establecer que la Oficina Asesora de desarrollo de servicios cuenta con los controles definidos, los cuales le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, con un cumplimiento del 98%, sin embargo, se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles implementados.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SARLAF:** En el seguimiento a la matriz de riesgos SARLAF, con corte 30 de septiembre 2025 realizado por la segunda línea, para este componente no se presentan riesgos de esta índole asociados a los procesos de la Oficina Asesora de desarrollo de servicios.
- **Mapa de Riesgos Informáticos:** De acuerdo con el informe elaborado por la Tercera Línea, con fecha de corte al 30 de junio de 2025, la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios registra un nivel de cumplimiento del 94%. Esto evidencia que los controles definidos están orientados al riesgo y funcionan de manera adecuada. No obstante, se recomienda ampliar su aplicación a los diferentes procesos, considerando que las instituciones gestionan información altamente confidencial y resulta indispensable garantizar la máxima seguridad.

#### RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Es necesario mantener continua revisión de los riesgos y controles identificados de tal manera que se fortalezcan y mejoren según la necesidad del proceso y teniendo en cuenta las diferentes alertas generadas a través de los informes del área de Control Interno, así mismo mantener continua ejecución del autocontrol en cada subproceso de la dependencia.
- Es indispensable mantener continua retroalimentación de los resultados periódicos con los líderes de los procesos que conforman la Oficina Asesora de Servicios, con el fin de socializar las debilidades y alertas presentadas en aras de generar planes de acción que mitiguen dichas situaciones y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.
- Se sugiere realizar articulación con el área de Planeación, con el fin de lograr un alcance de mayor cobertura de información de los diferentes procesos, en aras de realizar una evaluación por dependencias más efectiva y realizar seguimientos continuos, que mitiguen las debilidades presentadas y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.
- Se recomienda que los subprocesos con bajos niveles de cumplimiento en las metas de los indicadores realicen un análisis detallado, con el fin de formular acciones correctivas o plantear iniciativas de mejora para aquellos indicadores que no alcancen la meta establecida, es fundamental considerar que un desempeño deficiente en un indicador de gestión puede generar desviaciones significativas en el análisis institucional, afectando la confiabilidad de la información, la calidad de los datos y comprometiendo la efectividad en la toma de decisiones estratégicas.



- En la evaluación realizada a la Oficina Asesora de Desarrollo se obtuvo, en términos generales, un 91% de cumplimiento. No obstante, los siguientes procesos presentaron un desempeño inferior al esperado:

- Indicadores, Programa de adherencia a Guías Práctica Clínica con el 40% de cumplimiento.

- Dentro de los aspectos considerados en la evaluación, el promedio más bajo corresponde a los subproceso de: Programa de adherencia a Guías Práctica Clínica con el 40% de cumplimiento.

#### 4. OFICINA ASESORA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

OFICINA ASESORA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	PROCESO	SUBPROCESO
	DOCENCIA DE SERVICIO	DOCENCIA DE SERVICIO
	INVESTIGACIÓN	INVESTIGACIÓN

A continuación, se realiza la evaluación para la Oficina Asesora Desarrollo de Servicios

PROCESO	SUBPROCESO	MEDICIÓN									
		INDICADORES (Cumplimiento o a la meta)	PLANES DE MEJORA FUENTE CONTROL INTERNO	PLAN DE ACCIÓN MIPG	POA	MAPA DE RIESGOS CONTABLES	MAPA DE RIESGOS GESTIÓN Y FISCALES	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SICOF	MAPA DE RIESGO DE PROCESO SARLAF	MAPA DE RIESGOS INFORMÁTICOS	TOTAL
PERIODICIDAD		(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/09/2025)	(a 30/06/2025)	(II trimestre 2025)	(a 30/06/2025)	(a 30/06/2025)	
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	REFERENTE DOCENCIA DE SERVICIO	100%	NA	NA	84%	NA	75%	NA	NA	NA	86%
	REFERENTE INVESTIGACIÓN	NA	NA	NA	33%	NA	100%	79%	NA	NA	71%
PROMEDIO		100%	NA	NA	59%	NA	88%	79%	NA	NA	79%

Fuente: Propia información reportada segunda y tercera línea

**ANÁLISIS:** La ejecución de las actividades realizadas por la Oficina Asesora de desarrollo de servicios logró un 79% de cumplimiento.

- **Ejecución de la meta de Indicadores:** Teniendo en cuenta el reporte de indicadores con corte al 30 de septiembre de 2025, presentado por la segunda línea, se evidencia un cumplimiento total del 100%. En consecuencia, se recomienda continuar con las acciones orientadas a mantener un control eficiente, eficaz y efectivo en la ejecución de los procesos establecidos.
- **Planes de mejora:** De acuerdo a lo arrojado en el informe de seguimiento a planes de mejoramiento realizado por la tercera línea, para este componente no se presentan resultados de esta índole asociados a los procesos de la Oficina Asesora de Docencia e Investigación.
- **Plan de Acción MIPG:** Reporte segunda línea con fecha de corte tercer trimestre 2025, para este componente no se presentan resultado de esta índole asociados a los procesos de la Oficina Asesora de Docencia e Investigación.

- **Informe de Seguimiento a Plan Operativo Anual:** Con corte al 30 de septiembre de 2025, se registra un nivel de cumplimiento del 59%, en consecuencia, se recomienda continuar con la implementación y el fortalecimiento de los controles establecidos, a fin de mejorar los resultados en dicho subproceso.
  - Investigación, con un cumplimiento del 33%.
- **Mapa de Riesgos Contables:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de proceso a corte 30 de septiembre de 2025, para este componente no se presentan riesgos de esta índole asociados a los procesos de la Oficina Asesora de desarrollo de servicios.
- **Mapa de Riesgos Gestión y Fiscales:** En el seguimiento a la matriz de riesgos de gestión y fiscales con corte a 30 de junio de 2025, se pudo establecer que para la Oficina Asesora de docencia e investigación, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos, presentando un cumplimiento del 88% calificación fuerte.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SICOF:** En el seguimiento a Riesgos de Corrupción a corte a segundo cuatrimestre 2025, se pudo establecer que la Oficina Asesora de docencia e investigación, cuenta con los controles definidos, los cuales le apuntan al riesgo y están funcionando en forma adecuada, con un cumplimiento del 79%, sin embargo, se recomienda continuar con la implementación y fortalecimiento de controles implementados.
- **Mapa de Riesgo de Proceso SARLAF:** En el seguimiento a la matriz de riesgos SARLAF, con corte 30 de septiembre 2025 realizado por la segunda línea, para este componente no se presentan riesgos de esta índole asociados a los procesos de la Oficina Asesora de docencia e investigación.
- **Mapa de Riesgos Informáticos:** De acuerdo con el informe elaborado por la Tercera Línea, con fecha de corte al 30 de junio de 2025, para este componente no se presentan riesgos de esta índole asociados a los procesos de la Oficina Asesora de Docencia e Investigación.

## RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:

- Es necesario mantener continua revisión de los riesgos y controles identificados de tal manera que se fortalezcan y mejoren según la necesidad del proceso y teniendo en cuenta las diferentes alertas generadas a través de los informes del área de Control Interno, así mismo mantener continua ejecución del autocontrol en cada subproceso de la dependencia.
- Es indispensable mantener continua retroalimentación de los resultados periódicos con los líderes de los procesos que conforman la Oficina Asesora de Servicios, con el fin de socializar las debilidades y alertas presentadas en aras de generar planes de acción que mitiguen dichas situaciones y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.
- Se sugiere realizar articulación con el área de Planeación, con el fin de lograr un alcance de mayor cobertura de información de los diferentes procesos, en aras de realizar una evaluación por



dependencias más efectiva y realizar seguimientos continuos, que mitiguen las debilidades presentadas y contribuyan a mejorar la consecución de los objetivos propuestos.

- Se sugiere fortalecer la articulación con el área de Planeación y, en los próximos seguimientos, considerar las diferentes fuentes de mejora con el fin de realizar una evaluación por dependencias más completa y efectiva. Esto permitirá identificar debilidades y plantear acciones correctivas inmediatas que contribuyan al logro de los objetivos propuestos.
- En la evaluación realizada a la Oficina Asesora de Docencia e Investigación se obtuvo, en términos generales, un 79% de cumplimiento. No obstante, los siguientes procesos presentaron un desempeño inferior al esperado, siendo Plan Operativo Anual con cumplimiento del 59%.
- Dentro de los aspectos considerados en la evaluación, el promedio más bajo corresponde a los subproceso de: Programa de adherencia a Guías Práctica Clínica con el 40% de cumplimiento.

19

Cordialmente,

(Original firmado)

**WILMER LEONARDO PARADA MARQUEZ**  
jefe Oficina Control Interno

Elaboró: Carmen C Garzón / Profesional Universitario OACI



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
[Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)

