



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado

*Evolucionamos pensando  
en Usted*



**EVALUACION DE  
PROCESOS  
(DEPENDENCIAS)**

**VIGENCIA 2024**



**EVALUACION DE PROCESOS  
HOSPITAL DEL SARARE ESE  
VIGENCIA 2024**

**YENNY CAROLINA SUAREZ**

Asesor de Control interno

Hospital del Sarare E.S.E

**GERALDINE REAL LOZANO**

Profesional de apoyo

Hospital del Sarare E.S.E

**HOSPITAL DEL SARARE E.S.E  
SARAVENA-ARAUCA  
ENERO 2025**



## Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVO .....	4
3. ALCANCE: .....	4
4. FUNDAMENTOS LEGALES .....	4
5. METODOLOGÍA APLICADA.....	6
Criterios de evaluación .....	6
6. CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN TERCERA LINEA DE DEFENSA CONTROL INTERNO .....	8
Evaluación planes de acción Cuantitativo .....	8
Evaluación planes de acción Cualitativo.....	12
7. CONTROL Y SEGUIMIENTO .....	14
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	15

## INTRODUCCIÓN

El Hospital del Sarare E.S.E considera necesario promover e implementar los niveles de autocontrol, autoevaluación y el trabajo en equipo mediante la gestión por procesos como herramienta metodológica de operación de los sistemas integrados de gestión.

Los líderes operaran como instancias administrativas e interdisciplinarias, que actúan como escenario de estudio, análisis, evaluación y de formulación de políticas y estrategias para prevenir, mitigar o corregir las desviaciones, debilidades o acciones de mejorar en los procesos, subprocesos y procedimientos misionales de la institución.

Y en el marco de la función de la Oficina de Control interno de Evaluación y seguimiento el Sistema de Control interno de la ESE debe realizar la evaluación por Dependencias en el marco de la gestión desarrollada y los resultados alcanzados alineado a los objetivos institucionales.

La evaluación por dependencias en el Hospital del Sarare ESE se realiza en el marco de la Gestión por procesos, basado en que la entidad mediante Acuerdo de Junta Directiva No 021 del 2020 adoptó el modelo de operación Gestión por procesos/ Sistema integrado de Gestión.

En el presente informe se expone la evaluación de Procesos del Hospital del Sarare ESE correspondiente a la vigencia 2024.

## OBJETIVO

Realizar la evaluación de la gestión por dependencias mediante la evaluación por procesos; con los criterios de valoración cualitativa y cuantitativa con base en la gestión y resultados alcanzados en la ESE Hospital del Sarare.

## ALCANCE:

La oficina de control interno evaluó el cumplimiento del plan de acción de los 48 subprocesos que existen actualmente en la institución, para la vigencia 2024, se verificó el estado de avance, las actividades programadas y ejecutadas del plan de acción en los siguientes procesos incluyendo el seguimiento al plan de mejoramientos suscritos:

## FUNDAMENTOS LEGALES.

- Que la Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones” fija como componente del Modelo Estándar de Control interno la Plataforma Estratégica para las Entidades Públicas.



- Ley 909 del 23 de septiembre del 2004 "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones" Artículo 39: "...El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento."
- Que la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado y se dictan otras disposiciones" fija como componente del Modelo Estándar de Control interno la Plataforma Estratégica para las Entidades Públicas.
- La Norma Internacional ISO 9001:2015 emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar-hacer-verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgo.
- Que mediante Resolución No 043 del 14 de febrero del 2019 por el cual se crea la Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos del Hospital del Sarare ESE, Artículo 6. Implementación, literal 3. Trabajar por procesos.
- Que mediante Resolución No 190 del 19 de Noviembre 2020 la ESE Hospital del Sarare adoptó la política de planeación institucional, en su artículo 5 Numeral 1 "*Formulación y/o Actualización de la Plataforma Estratégica define; El Hospital del Sarare ESE realizará revisión y actualización de la Plataforma estratégica (de ser requerido) conforme a cada cambio de periodo gerencial teniendo en cuenta que los planes de desarrollo que se definan, puedan armonizar a ella*".
- Que mediante acuerdo de Junta No 021 del 10 de Diciembre de 2020 se adoptó el nuevo mapa de procesos y modelo de operación "Gestión por procesos/ Sistemas integrados de gestión" en el Hospital del Sarare E.S.E".
- El sistema integrado de Gestión es una herramienta gerencial cuyo propósito es la mejora continua del desempeño institucional, la simplificación de procesos, la optimización de recursos, a partir del cumplimiento de los requisitos establecidos en cada Sistema, armonizando con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).
- Que mediante el acuerdo de Junta Directiva No 007 del 2023 el Hospital del Sarare en su artículo 1 aprobó la actualización del manual de código y conducta y buen gobierno.
- Que mediante el acuerdo de Junta Directiva No 005 del 2024 el Hospital del Sarare ESE aprobó El plan de Gestión del Gerente 2024-2027.



- Decreto 648 del 19 de abril de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”: ARTÍCULO 2.2.21.4.9 Informes. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación: “...e. De evaluación a la gestión institucional de que trata el artículo 39 de la Ley 909 de 2004.”
- Acuerdo de Junta Directiva No 021 del 2020 por medio del cual se adopta el nuevo mapa de procesos y operación “Gestión por procesos / Sistemas integrados de Gestión Hospital del Sarare ESE”.
- Resolución No 023 del 26 de Enero del 2024 por medio del cual se establece el procedimiento para formulación del PAMEC vigencia 2024, se designa el equipo de planeación y liderazgo y los grupos auto evaluadores de los estándares de acreditación V 3.1 y los adoptados por la resolución 1328 del 2021 del Hospital del Sarare ESE.
- Resolución No 030 del 30 de Enero 2024 por medio del cual se aprueban los planes de acción, planes institucionales y estratégicos de la ESE Hospital del Sarare.

## **METODOLOGÍA APLICADA**

La Oficina de Control Interno realiza evaluación efectuando la verificación y análisis de la información, para establecer el cumplimiento de las medidas del plan de acción de los subprocesos que tiene el Hospital del Sarare E.S.E, el cual comunica conclusiones y recomendaciones que aporten a la mejora continua y al desempeño de los procesos.

### **Criterios de evaluación**

La Oficina de Control Interno es responsable de realizar la evaluación Institucional por dependencias, adoptado mediante evaluación de procesos teniendo en cuenta los siguientes criterios de referencia:

<b>EVALUACIÓN POR PROCESO</b>	<b>PONDERADO</b>
Formulación, seguimiento y cumplimiento al plan de Acción de Proceso incluyendo en su alcance la suscripción de planes de mejora, matriz de riesgos, Actividades PAMEC.	100%

Cumplimiento plan de acción por Proceso / Subproceso: El documento insumo de este ítem será el Plan de Acción por Proceso el cual fue presentado y aprobado en el marco del Comité de Gestión y desempeño y publicados en la página web institucional a más tardar a 31 de

enero de cada vigencia. Se tomará el valor registrado como consolidado al final de la vigencia, indicado en este formato como: Total % Avance del Plan de Acción. Este se presume validado por la segunda línea de defensa, una vez haya sido entregado a la Oficina de Control Interno.

Cumplimiento a los planes de mejoramiento: Esta calificación está inmersa en el Plan de acción, se obtiene a partir de la evaluación al avance y cumplimiento de las acciones formuladas en el Plan de Mejoramiento tanto institucional como del plan suscrito con los entes externos de control y que tengan fecha de terminación a 31 de diciembre de la vigencia de evaluación o antes y que se encuentran bajo responsabilidad de cada una de las Dependencias.

Dentro del plan de acción se ha incluido las actividades PAMEC asignadas por lo cual están inmersas en el seguimiento.

El Hospital del Sarare ESE implementan una metodología de información por procesos a través de la IP 4 [\\192.168.1.4\lderes-sig](http://192.168.1.4/lderes-sig).

Se cuenta con 48 carpetas, cada subproceso define el plan de acción y archiva las evidencias respectivas de su implementación.

Nombre
1.. DIRECCION
1.GESTION POR PROCESOS
2. PLANEACION
3. TALENTO HUMANO
4. SEGURIDAD Y SALUD LABORAL
5. GESTION DE DOCENCIA - SERVICIO E INVESTIGACION
6. GESTION DE CALIDAD
7. GESTION AMBIENTAL
8. GESTION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACION
9. UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
10. AUDITORIA MEDICA Y CONCURRENTE
11. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD
12. CONSULTA GENERAL
13. CONSULTA COMPLEMENTARIA
20. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
21. SERVICIO DE CIRUGIA
22. SERVICIO DE ESTERILIZACION
23. SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO
24. SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS
25. SERVICIO BANCO DE SANGRE PRETRANSFUSIONAL
26. SERVICIO FARMACEUTICO
27. SERVICIO DE TERAPIAS
28. GESTION DE CONTABILIDAD
29. GESTION DEL PRESUPUESTO
30. GESTION DE TESORERIA
31. GESTION DEL COSTO
32. DEFENSA JURIDICA
33. CONTRATACION
34. CONTROL DISCIPLINARIOS
35. GESTION DE CARTERA
36. FACTURACION
37. VENTA DE SERVICIOS DE SALUD
38. AUDITORIAS DE CUENTAS MEDICAS Y GESTION DE GLOSAS
39. GESTION DE LAS TICs E IMAGEN CORPORATIVA
40. ESTADISTICA E HISTORIAS CLINICAS
41. GESTION DOCUMENTAL
42. SIAU
43. TRABAJO SOCIAL
44. GESTION DEL MANTENIMIENTO
45. GESTION BIOMEDICA
46. SERVICIOS BASICOS Y OTROS
47. ALMACEN- GESTION INSUMOS Y SUMINISTROS
48. CONTROL INTERNO

(Fuente IP 4 [\\192.168.1.4\lderes-sig](http://192.168.1.4/lderes-sig).)



El Hospital del Sarare ESE publicó en la página web de la institución (<https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planeaci%C3%B3n/planeaci%C3%B3n-4.html>) mediante documento en PDF (DIR-01-F09 Planes de acción 2024), Planes institucionales y Acto administrativo de aprobación.

## PLAN DE ACCIÓN

### VIGENCIA 2024

- PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2024
- RESOLUCIÓN N° 030 PLANES 2024

### VIGENCIA 2023

- PLAN DE ACCIÓN 2023
- RESOLUCIÓN 015 DE 2023
- PLAN ESTRATÉGICO 2023
- PLAN DE ACCIÓN SALUD LABORAL 2023

### VIGENCIA 2022

(Fuente: Pagina web hospital del Sarare E.S.E)

## CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN TERCERA LINEA DE DEFENSA CONTROL INTERNO

### Evaluación planes de acción Cuantitativo

A continuación, se presenta la gráfica de evaluación del porcentaje de cumplimiento de actividades programadas en el plan de acción con respecto a las ejecutadas;

VERIFICACION : 31/12/2024					
CONSOLIDADO DE EVALUACION TERCERA LINEA DE DEFENSA CONTROL INTERNO					
ACTIVIDADES DE PLAN DE ACCION DE LOS SUBPROCESOS					
PROCESOS	N°	SUBPROCESOS	ESTADO PLAN DE ACCIÓN	% DE AVANCE DE ACTIVIDADES CUMPLIDAS	% DE AVANCE DE ACTIVIDADES CUMPLIDAS SUBPROCESO
GESTIÓN GERENCIAL	1	Dirección	FORMULADO	90%	90%
	2	Planeación			
	3	Talento Humano.	FORMULADO	90%	83%



<b>GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO</b>	4	<b>Seguridad y Salud Laboral</b>			93%
	5	<b>Gestión de Docencia - Servicio e Investigación.</b>			95%
<b>SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN</b>	6	<b>Gestión de la Calidad.</b>	FORMULADO	91%	91%
	7	<b>Gestión Ambiental</b>			
<b>GESTIÓN CLÍNICA</b>	8	<b>Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios:</b> Gestión de la seguridad del paciente	FORMULADO	63%	92%
	8	<b>Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios:</b> IAAS			
	8	<b>Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios:</b> Humanización			
	9	<b>Unidad de Vigilancia Epidemiológica</b>			96%
	10	<b>Auditoria Médica y Concurrencia.</b>			0%
<b>GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.</b>	11	<b>Gestión del Riesgo en Salud</b> (Servicios: Rutas de Atención Integral, Servicio de Vacunación y Servicio de Toma de Muestra de Cuello Uterino y Ginecológicas)	FORMULADO	97%	97%
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	12	<b>Consulta General</b> (Servicios: Medicina General, Odontología General y radiología Odontológica)	FORMULADO	66%	96%
	13	<b>Consulta Complementaria</b> (Servicios: Especializada, Telemedicina, Nutrición, Psicología, Optometría, Audiología)			36%
<b>INTERNACIÓN</b>	14	<b>Internación Adulto</b> (Servicios: Hospitalización Medicina Interna, Hospitalización Quirúrgicos)	FORMULADO	15%	15%
	15	<b>Internación Pediátrico</b> (Servicio: Hospitalización Pediatría)			



	16	<b>Internación Neonatal</b> (Servicio: Unidad Básica Neonatal, UCIM Neonatal)			
	17	<b>Unidad de Cuidado Crítico</b> (Intermedio e Intensivo - Adulto)			
	18	<b>Obstetricia y Atención del Parto.</b> (Servicio: Urgencias Maternas, Atención del parto y Hospitalización maternidad)			
ATENCIÓN INMEDIATA	19	<b>Urgencias y Procedimientos</b>	FORMULADO	0%	0%
	20	<b>Referencia y Contra-referencia</b>			
GRUPO QUIRÚRGICO	21	<b>Servicio de Cirugía</b>	FORMULADO	100%	100%
	22	<b>Servicio de Esterilización</b>			
APOYO DIAGNÓSTICO	23	<b>Servicio de Laboratorio Clínico</b> (Servicio: Toma de Muestra de Laboratorio Clínico)	FORMULADO	92%	92%
	24	<b>Servicio de Imágenes Diagnósticas</b> (Servicio: Tomografía, Radiología, Ecografía)			
COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	25	<b>Banco de Sangre y Servicio de Gestión pre-transfusional.</b>	FORMULADO	29%	0%
	26	<b>Servicio Farmacéutico.</b>			0%
	27	<b>Servicio de Terapias.</b> (Servicios: Terapia Física, Respiratoria, Ocupacional y Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje)			88%
GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	28	<b>Gestión de la Contabilidad</b>	FORMULADO	82%	82%
	29	<b>Gestión del Presupuesto</b>			
	30	<b>Gestión de Tesorería</b>			
	31	<b>Gestión del Gasto</b>			
GESTIÓN JURÍDICA	32	<b>Defensa Jurídica</b>	FORMULADO	91%	91%
	33	<b>Contratación</b>			



	34	Control Disciplinario Interno			
GESTIÓN COMERCIAL Y DE SERVICIO	35	Gestión de Cartera	FORMULADO	99%	99%
	36	Facturación			
	37	Venta de Servicios de Salud			
	38	Auditoría de Cuentas Médicas y Gestión de Glosas			
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.	39	Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) e Imagen Corporativa.	FORMULADO	86%	86%
	40	Estadística e Historias Clínicas			
	41	Gestión Documental			
SERVICIO AL CLIENTE	42	Servicio de Información y Atención al Usuario. (SIAU)	FORMULADO	37%	73%
	43	Trabajo Social			0%
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO Y LA TECNOLOGÍA	44	Gestión del Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria.	FORMULADO	80%	80%
	45	Gestión Biomédica.			
	46	Servicios Básicos y Otros.			
	47	Almacén. / Gestión de insumos y suministros			
SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	48	Control Interno	FORMULADO	90%	90%
<b>76%</b>					

(Fuente: carpeta compartida -líderes-sig)

De acuerdo a la información verificada en las respectivas carpetas de líderes-sig, sobre el cumplimiento de del plan de acción 2024, se evaluó el seguimiento, el soporte de actividades realizadas con respecto a las programadas, de los 48 subprocesos evaluados se evidencia un cumplimiento global de un 76%.



**Evaluación planes de acción Cualitativo**

VERIFICACION : 31/12/2024			
CONSOLIDADO DE EVALUACION TERCERA LINEA DE DEFENSA CONTROL INTERNO			
ACTIVIDADES DE PLAN DE ACCION DE LOS SUBPROCESOS			
PROCESOS	N°	SUBPROCESOS	OBSERVACION
GESTIÓN GERENCIAL	1	Dirección	Se evidencia plan unificado por proceso. Se evidencia seguimiento a actividades, Se requiere incluir informes normativos de la gerencia como RIPS, informes de gestión para su respectivo seguimiento, y fortalecer PHVA de las políticas MIPG con actividades puntuales.
	2	Planeación	
GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	3	Talento Humano.	Se evidenció plan de acción para cada subproceso y en talento humano se implementa plan de acción por cada funcionario el cual especifica puntualmente las actividades que desarrollan, soportes y seguimiento. Al ser un proceso de gran alcance se considera apropiado realizar el plan de acción por subproceso.
	4	Seguridad y Salud Laboral	
	5	Gestión de Docencia - Servicio e Investigación.	
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	6	Gestión de la Calidad.	Se evidencia plan unificado por procesos, pero faltan actividades del sistema de gestión ambiental como informes normativos, autoevaluación sistema de gestión, capacitación. Es fundamental articular con Comité de Gestión y desempeño para el seguimiento a indicadores de Sistemas de gestión así como los planes de mejoramiento.
	7	Gestión Ambiental	
GESTIÓN CLÍNICA	8	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios: Gestión de la seguridad del paciente	Se evidenció plan unificado, con seguimiento respectivo. Para seguridad del paciente incluir implementación de paquetes instruccionales y de IAAS incluir PROA
	8	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios: IAAS	
	8	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios: Humanización	
	9	Unidad de Vigilancia Epidemiológica	Fortalecer la periodicidad de los seguimientos en primera línea de defensa.
	10	Auditoria Médica y Concurrencia.	No se evidenciaron actividades en el plan de acción del proceso, el liderazgo no es claro a quien se asigna y requiere documentar las actividades desarrolladas así como definir indicadores básicos.
GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	11	Gestión del Riesgo en Salud (Servicios: Rutas de Atención Integral, Servicio de Vacunación y Servicio de Toma de Muestra de Cuello Uterino y Ginecológicas)	Fortalecer la periodicidad de los seguimientos en primera línea de defensa.
CONSULTA EXTERNA	12	Consulta General (Servicios: Medicina General, Odontología General y radiología Odontológica)	Fortalecer la periodicidad de los seguimientos en primera línea de defensa y especificar lo que es puntual para cada servicio. Incluir tema de condiciones de habilitación, demanda insatisfecha, oportunidad en citas.



	13	<b>Consulta Complementaria</b> (Servicios: Especializada, Telemedicina, Nutrición, Psicología, Optometría, Audiología)	El alcance que evidencia no incluye los servicios de nutrición, Psicología, Audiología por lo cual es fundamental para la vigencia 2025 realizar mesa de trabajo inicial con los referentes de dichos servicios.
<b>INTERNACIÓN</b>	14	<b>Internación Adulto</b> (Servicios: Hospitalización Medicina Interna, Hospitalización Quirúrgicos)	Durante la vigencia 2024 se presentó variabilidad en la metodología de liderazgos, colideres y referentes, esta variabilidad y no claridad finalmente generó que no implementaron el plan de acción, no realizaron seguimiento, no se evidenciaron planes de mejoramiento.
	15	<b>Internación Pediátrico</b> (Servicio: Hospitalización Pediatría)	
	16	<b>Internación Neonatal</b> (Servicio: Unidad Básica Neonatal, UCIM Neonatal)	
	17	<b>Unidad de Cuidado Crítico</b> (Intermedio e Intensivo - Adulto)	
	18	<b>Obstetricia y Atención del Parto.</b> (Servicio: Urgencias Maternas, Atención del parto y Hospitalización maternidad)	
<b>ATENCIÓN INMEDIATA</b>	19	<b>Urgencias y Procedimientos</b>	Durante la vigencia 2024 se presentó variabilidad en la metodología de liderazgos, colideres y referentes, esta variabilidad y no claridad finalmente generó que no implementaron el plan de acción, no realizaron seguimiento, no se evidenciaron planes de mejoramiento. Se contó con un referente de Referencia y contra referencia, pero no se evidenció una articulación para el proceso.
	20	<b>Referencia y Contra-referencia</b>	
<b>GRUPO QUIRÚRGICO</b>	21	<b>Servicio de Cirugía</b>	Se evidenció en su mayoría actividades del servicio de cirugía, por lo cual es necesario fortalecer la participación del referente del servicio de Esterilización
	22	<b>Servicio de Esterilización</b>	
<b>APOYO DIAGNÓSTICO</b>	23	<b>Servicio de Laboratorio Clínico</b> (Servicio: Toma de Muestra de Laboratorio Clínico)	Plan de acción unificado para los dos servicios con actividades descritas, se requiere fortalecer la periodicidad de los seguimientos en primera línea de defensa
	24	<b>Servicio de Imágenes Diagnosticas</b> (Servicio: Tomografía, Radiología, Ecografía)	
<b>COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA</b>	25	<b>Banco de Sangre y Servicio de Gestión pre-transfusional.</b>	Sistema gestión de la calidad de banco de sangre no se articula con Sistema de gestión calidad institucional, es uno de los subprocesos con mayor debilidad y alineación hacia los objetivos institucionales, amerita para el 2025 mayor atención.
	26	<b>Servicio Farmacéutico.</b>	Durante la vigencia presentó variabilidad en los líderes de subprocesos o referentes. Se requiere fortalecer la metodología de planes de mejora, y soportar adecuadamente ante auditorías externas.
	27	<b>Servicio de Terapias.</b> (Servicios: Terapia Física, Respiratoria, Ocupacional y Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje)	Se evidenció formulación, implementación y seguimiento al plan de acción
	28	<b>Gestión de la Contabilidad</b>	Se evidenció plan de acción unificado, con seguimiento por referente de cada subproceso. Aunque se ha fortalecido la
	29	<b>Gestión del Presupuesto</b>	



<b>GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>	30	<b>Gestión de Tesorería</b>	articulación en el procesos y liderazgo, es necesario documentar.
	31	<b>Gestión del Gasto</b>	
<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>	32	<b>Defensa Jurídica</b>	Se evidenció plan de acción unificado, con seguimiento.
	33	<b>Contratación</b>	
	34	<b>Control Disciplinario Interno</b>	
<b>GESTIÓN COMERCIAL Y DE SERVICIO</b>	35	<b>Gestión de Cartera</b>	Se evidenció plan de acción unificado, con seguimiento por referente de cada subproceso. Auditoría de cuentas y gestión de glosas requiere definir líder y actividades más específicas. Y contemplar en el plan los comités institucionales así como planes de mejoramiento producto auditorías internas y externas.
	36	<b>Facturación</b>	
	37	<b>Venta de Servicios de Salud</b>	
	38	<b>Auditoría de Cuentas Médicas y Gestión de Glosas</b>	
<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.</b>	39	<b>Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) e Imagen Corporativa.</b>	Se evidenció plan de acción unificado, con seguimiento por referente de cada subproceso
	40	<b>Estadística e Historias Clínicas</b>	
	41	<b>Gestión Documental</b>	
<b>SERVICIO AL CLIENTE</b>	42	<b>Servicio de Información y Atención al Usuario. (SIAU)</b>	Se evidenció plan de acción con información de solo el subproceso SIAU con su respectivo seguimiento, es necesario fortalecer lineamientos en trabajo social desde la planeación y documentación de actividades. El Plan de acción SIAU articularlo con el Plan de participación ciudadana para la vigencia.
	43	<b>Trabajo Social</b>	
<b>GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO Y LA TECNOLOGÍA</b>	44	<b>Gestión del Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria.</b>	Se evidenció plan de acción unificado, se requiere fortalecer la periodicidad de los seguimientos
	45	<b>Gestión Biomédica.</b>	
	46	<b>Servicios Básicos y Otros.</b>	
	47	<b>Almacén. / Gestión de insumos y suministros</b>	
<b>SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL</b>	48	<b>Control Interno</b>	Se evidenció plan de acción con los respectivos seguimientos

## CONTROL Y SEGUIMIENTO

Para efectos del presente informe de la evaluación del plan de acción realizada a los subprocesos de la vigencia 2024, se evidenció mejora, ya para la vigencia se contó con un 100% de planes de acción formulados y aprobados.

Respecto a los planes de mejoramiento se evidencian multiplicidad de planes de mejoramiento, dificultando el seguimiento por las tres líneas de defensa.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez realizada a la evaluación de la gestión por dependencias mediante la gestión procesos; con los criterios de valoración cualitativa y cuantitativa con base en la gestión y resultados alcanzados para la vigencia 2024 se concluye y recomienda:

- Tener en cuenta para la evaluación de desempeño de Servidores públicos, la evaluación por procesos ya que los resultados generados son producto de las funciones desempeñadas por cada funcionario, es fundamental en la definición de compromisos para la vigencia, contemplar la formulación, implementación seguimiento del plan de acción del procesos y planes de mejoramiento.
- Para la formulación de Planes de acción para la vigencia 2025 es necesario contemplar las metas del Plan operativo Gerencial para la vigencia.
- Realizar la formulación de planes 2025 alineado con la nueva Plataforma Estratégica aprobada mediante Acuerdo de Junta Directiva No 021 del 2024 y el Mapa de Procesos mediante acuerdo de Junta No 022 del 2024.
- Tener en cuenta para la formulación de planes el Decreto 1122 del 2024 Programa de Transparencia y Ética empresarial.
- En el marco del comité de Gestión y desempeño realizar seguimiento a los planes de acción, planes de mejora.
- Evitar variabilidad de líderes durante la vigencia y si se presenta realizar el adecuado empalme e inducción a los sistemas de Gestión para no perder la trazabilidad del proceso.
- Definir metodología de trabajo para los planes de mejoramiento, es necesario contar con un plan de mejora institucional de Auditorías externas, Auditorías internas al cual las tres líneas de defensa puedan realizar seguimiento.

Elaborado por:

### **YENNY CAROLINA SUÁREZ**

Asesora Control Interno  
Hospital del Sarare ESE

### **GERALDINE REAL LOZANO**

Profesional de Apoyo  
Hospital del Sarare ESE