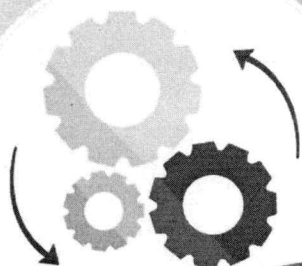




**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

EVALUACIÓN POR PROCESOS VIGENCIA 2025

**SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL
CONTROL INTERNO**



**Sistema Integrado
de Gestión**



WWW.HOSPITALDELSARARE.GOV.CO

***Evolucionamos pensando
en Usted***



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1

Evolucionamos pensando en Usted

Contenido

1. Introducción	3
2. Objetivo del informe	3
3. Metodología	3
Criterios de evaluación	4
CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN TERCERA LINEA DE DEFENSA CONTROL INTERNO	6
Evaluación Planes de Acción Cuantitativo	6
Evaluación Planes de Acción Cualitativo	10
4. Análisis y resultados de los datos encontrados	13
5. Conclusiones	13
6. Recomendaciones	15
7. Control de elaboración	16

1. 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 022 del 2024 actualiza el mapa de procesos y 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 2025.

2. Objetivo del informe

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.

3. Metodología

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:

EVALUACIÓN POR PROCESO	PONDERADO
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\lideres-sig](http://192.168.1.4/lideres-sig).

Se cuenta con 53 carpetas, cada subproceso define el plan de acción y archiva las evidencias respectivas de su implementación.



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1

Evolucionamos pensando en Usted

- | | |
|---|--|
| 1. DIRECCION | 41. DEFENSA JURIDICA |
| 1.1. GESTION POR PROCESOS | 42. CONTRATACION |
| 1.2. INFORMES NORMATIVOS | 43. GESTION DE LAS TCS |
| 2. PLANEACION | 44. HISTORIAS CLINICAS |
| 3. GESTION MERCADO Y VENTAS DE SERVICIOS | 45. GESTION DOCUMENTAL |
| 4. COMUNICACION E IMAGEN CORPORATIVA | 46. UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA |
| 5. TALENTO HUMANO | 47. ESTADISTICA Y ANALISIS DE DATOS |
| 6. SEGURIDAD Y SALUD LABORAL | 48. ALMACEN- GESTION INSUMOS Y SUMINISTROS |
| 7. GESTION DE DOCENCIA - SERVICIO E INVESTIGACION | 49. GESTION DEL MANTENIMIENTO |
| 8. CONTROL, DISCIPLINADO INTERNO | 50. GESTION BIOMEDICA |
| 9. GESTION DE CALIDAD | 51. SERVICIOS BASICOS Y OTROS |
| 10. GESTION AMBIENTAL | 52. Gestión de redes de Tecnología y equipos informáticos |
| 11. GESTION DE RIESGO | 53. CONTROL INTERNO |
| 12. GESTION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 2025 |
| 13. PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS | PROCESO DE ATENCIÓN INMEDIATA |
| 14. VERBAZACIÓN | PROCESO DE INTERNACIÓN |
| 15. TRABAJO SOCIAL | PROCESO GESTION CLINICA |
| 16. SAU | 49. MAPA DE PROCESOS - LIDERES 2025 |
| 17. GESTION DEL RIESGO EN SALUD | 49. NIVELES, PROCESO, SUBPROCESOS, SERVICIOS MAPA DE PROCESOS DIRECTORIO |
| 18. CONSULTA GENERAL | 49. PLAN DE ACCION UNIDAD FUNCIONAL MATERNOPERNATAL |
| 19. CONSULTA COMPLEMENTARIA | 49. SIG-01-F04 PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CONTINUO INSTITUCIONAL |
| 20. INTERNACION ADULTO | 49. TMS-01-F25 FORMARIO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 21. MATERNOPERNATAL PEDIATRIA | |
| 25. SERVICIO DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTO | |
| 26. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | |
| 27. SERVICIO DE CIRUGIA | |
| 28. SERVICIO DE ESTERILIZACION | |
| 29. SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO | |
| 30. SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS | |
| 31. SERVICIO BANCO DE SANGRE | |
| 32. SERVICIO FARMACEUTICO | |
| 33. SERVICIO DE TERAPIAS | |
| 34. GESTION DE CONTABILIDAD | |
| 35. GESTION DEL PRESUPUESTO | |
| 36. GESTION DE TESORERIA | |
| 37. GESTION DEL GASTO Y COSTO | |
| 38. GESTION DE CARTERA | |
| 39. FACTURACION | |
| 40. AUDITORIAS DE CUENTAS MEDICAS Y GESTION DE GLOSAS | |

(Fuente IP 4 \\192.168.1.4\lideres-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 2025), Planes institucionales y Acto administrativo de aprobación.

Vigilado Supersalud

PLAN DE ACCIÓN

VIGENCIA 2025

- PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2025
- RESOLUCIÓN N° 012 APROBACIÓN PLANES DE ACCIÓN 2025

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

(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;

CONSOLIDADO DE EVALUACION TERCERA LINEA DE DEFENSA CONTROL INTERNO ACTIVIDADES DE PLAN DE ACCION DE LOS SUBPROCESOS- SEGUIMIENTO CIERRE VIGENCIA 2025				
PROCESOS (Lideres de Procesos)	No	SUBPROCESOS (Lideres de Subprocesos)	% DE AVANCE DE DE ACTIVIDADES CUMPLIDAS POR PROCESO	% DE AVANCE DE DE ACTIVIDADES CUMPLIDAS POR SUBPROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	Gerencia- Dirección.	66%	66%
	2	Planeación.		



	3	Gestión de mercadeo y venta de servicios		
	4	Comunicación e imagen corporativa		
GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	5	Talento Humano	71%	99%
	6	Seguridad y Salud Laboral		94%
	7	Gestión de Docencia - Servicio e Investigación.		81%
	8	Control Disciplinario Interno		10%
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	9	Gestión de la Calidad.	87%	87%
	10	Gestión Ambiental		
	11	Gestión y administración del riesgo		
GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD	12	Gestión de la Seguridad del paciente Programa de seguridad del paciente, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Reactivovigilancia, Hemovigilancia, Biovigilancia.	91%	91%
	13	Prevención y control de IAAS		
GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA	14	Humanización en los servicios de Salud	88%	88%
	15	Trabajo Social		
	16	Sistema de atención al Usuario		
GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	17	Gestión del Riesgo en Salud (Servicios: Rutas de Atención Integral PyM, Servicio de Vacunación, mamografías, Servicio de Toma de Muestra de Cuello Uterino y Ginecológicas)	94%	94%
CONSULTA EXTERNA	18	Consulta General (Servicios: medicina General, odontología general, radiología odontológica, nutrición, psicología y optometría)	87%	87%
	19	Consulta Especializada y subespecialidades (en todas sus modalidades de prestación intramural, extramural, telemedicina)		
INTERNACIÓN	20	Internación Adulto (Servicios: Hospitalización Medicina Interna, Hospitalización Quirúrgicos)	62%	76%
	21	Internación Pediátrico (Servicio: Hospitalización Pediatría)		48%



	22	Internación Neonatal (Servicio: Unidad Básica Neonatal, UCIM Neonatal)		76%
	23	Unidad de Cuidado Crítico (Intermedio e Intensivo - Adulto)		
	24	Obstetricia y Atención del Parto. (Servicio: Urgencias Maternas, Atención del parto y Hospitalización maternidad)		
ATENCIÓN INMEDIATA	25	Urgencias y Procedimientos	81%	81%
	26	Referencia y Contra-referencia		
GRUPO QUIRÚRGICO	27	Servicio de Cirugía	81%	81%
	28	Servicio de Esterilización		
APOYO DIAGNÓSTICO	29	Servicio de Laboratorio Clínico (Servicio: Toma de Muestra de Laboratorio Clínico)	92%	92%
	30	Servicio de Imágenes Diagnósticas (Servicio: Tomografía, Radiología, Ecografía)		
COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	31	Banco de Sangre y Servicio de Gestión pre-transfusional.	90%	90%
	32	Servicio Farmacéutico.		
	33	Servicio de Terapias. (Servicios: Terapia Física, Respiratoria, Ocupacional y Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje)		
GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	34	Gestión de la Contabilidad	79%	79%
	35	Gestión del Presupuesto		
	36	Gestión de Tesorería		
	37	Gestión del Gasto y costo		
	38	Gestión de Cartera		
	39	Facturación		
	40	Cuentas médicas, auditoría y Gestión de Glosas		
GESTIÓN JURÍDICA	41	Defensa Jurídica	100%	100%
	42	Contratación		
GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	43	Gestión de Tecnologías y sistemas de Información	92%	92%
	44	Historias Clínica		

	45	Gestión Documental (archivo central y unidad de correspondencia)		
	46	Unidad de vigilancia epidemiológica		
	47	Unidad de estadísticas y análisis de datos		
GESTIÓN DE COMPRAS Y ALMACEN	48	Almacén/Gestión de insumos y suministros	76%	76%
GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE FÍSICO Y LA DOTACIÓN HOSPITALARIA	49	Gestión del Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria, equipos industriales y vehículos.	99%	99%
	50	Gestión Biomédica.		
	51	Servicios Básicos.		
	52	Gestión de Redes de tecnología y equipos informáticos.		
SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	53	Control Interno	100%	100%
TOTAL, GENERAL			81%	

(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 2025, se evaluó el seguimiento, el soporte de actividades realizadas con respecto a las programadas, de los 53 subprocesos evaluados se evidencia un cumplimiento global de un 81%.

Evaluación Planes de Acción Cualitativo

CONSOLIDADO DE EVALUACION TERCERA LINEA DE DEFENSA CONTROL INTERNO ACTIVIDADES DE PLAN DE ACCION DE LOS SUBPROCESOS- SEGUIMIENTO CIERRE VIGENCIA 2025			
PROCESOS (Lideres de Procesos)	No	SUBPROCESOS (Lideres de Subprocesos)	OBSERVACION
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	Gerencia- Dirección.	Se evidencia plan unificado.
	2	Planeación.	
	3	Gestión de mercadeo y venta de servicios	
	4	Comunicación e imagen corporativa	
GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	5	Talento Humano	Se evidenció plan de acción unificado,
	6	Seguridad y Salud Laboral	
	7	Gestión de Docencia - Servicio e Investigación.	
	8	Control Disciplinario Interno	
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	9	Gestión de la Calidad.	
	10	Gestión Ambiental	
	11	Gestión y administración del riesgo	
GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD	12	Gestión de la Seguridad del paciente Programa de seguridad del paciente, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Reactivovigilancia, Hemovigilancia, Biovigilancia.	Se evidenció plan de acción unificado,
	13	Prevención y control de IAAS	
GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA	14	Humanización en los servicios de Salud	Se evidenció plan de acción unificado,
	15	Trabajo Social	
	16	Sistema de atención al Usuario	

GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	17	Gestión del Riesgo en Salud (Servicios: Rutas de Atención Integral PyM, Servicio de Vacunación, mamografías, Servicio de Toma de Muestra de Cuello Uterino y Ginecológicas)	Se evidenció plan de acción, Se requiere se requiere fortalecer la periodicidad de seguimiento.
CONSULTA EXTERNA	18	Consulta General (Servicios: medicina General, odontología general, radiología odontológica, nutrición, psicología y optometría)	Se evidenció plan de acción,
	19	Consulta Especializada y subespecialidades (en todas sus modalidades de prestación intramural, extramural, telemedicina)	
INTERNACIÓN	20	Internación Adulto (Servicios: Hospitalización Medicina Interna, Hospitalización Quirúrgicos)	Se evidenció plan de acción unificado
	21	Internación Pediátrico (Servicio: Hospitalización Pediatría)	
	22	Internación Neonatal (Servicio: Unidad Básica Neonatal, UCIM Neonatal)	
	23	Unidad de Cuidado Crítico (Intermedio e Intensivo - Adulto)	
	24	Obstetricia y Atención del Parto. (Servicio: Urgencias Maternas, Atención del parto y Hospitalización maternidad)	
ATENCIÓN INMEDIATA	25	Urgencias y Procedimientos	Se evidenció plan de acción unificado
	26	Referencia y Contra-referencia	
GRUPO QUIRÚRGICO	27	Servicio de Cirugía	Se evidenció plan de acción unificado, con seguimiento.
	28	Servicio de Esterilización	
APOYO DIAGNÓSTICO	29	Servicio de Laboratorio Clínico (Servicio: Toma de Muestra de Laboratorio Clínico)	Se evidenció plan de acción unificado
	30	Servicio de Imágenes Diagnósticas (Servicio: Tomografía, Radiología, Ecografía)	
COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	31	Banco de Sangre y Servicio de Gestión pre-transfusional.	Se evidenció plan de acción unificado, se requiere fortalecer la periodicidad de los seguimientos por cada líder

	32	Servicio Farmacéutico.	responsable del subproceso y cumplimiento de las actividades planeadas para la vigencia.
	33	Servicio de Terapias. (Servicios: Terapia Física, Respiratoria, Ocupacional y Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje)	
GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	34	Gestión de la Contabilidad	Se evidenció plan de acción unificado, se requiere fortalecer la periodicidad de los seguimientos por cada líder responsable del subproceso y cumplimiento de las actividades planeadas para la vigencia.
	35	Gestión del Presupuesto	
	36	Gestión de Tesorería	
	37	Gestión del Gasto y costo	
	38	Gestión de Cartera	
	39	Facturación	
	40	Cuentas médicas, auditoría y Gestión de Glosas	
GESTIÓN JURÍDICA	41	Defensa Jurídica	Se evidenció plan de acción unificado, con seguimiento.
	42	Contratación	
GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	43	Gestión de Tecnologías y sistemas de Información	Se evidenció plan de acción unificado, se evidencia seguimiento de algunos subprocesos.
	44	Historias Clínicas	
	45	Gestión Documental (archivo central y unidad de correspondencia)	
	46	Unidad de vigilancia epidemiológica	
	47	Unidad de estadísticas y análisis de datos	
GESTIÓN DE COMPRAS Y ALMACEN	48	Almacén/Gestión de insumos y suministros	Se evidenció plan de acción, se requiere fortalecer el cumplimiento de las actividades y así mismo el seguimiento periódico.
GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE	49	Gestión del Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria, equipos industriales y vehículos.	Se evidenció plan de acción unificado, se requiere fortalecer la periodicidad de los seguimientos por cada líder

FÍSICO Y LA DOTACIÓN HOSPITALARIA	50	Gestión Biomédica.	responsable del subproceso
	51	Servicios Básicos.	
	52	Gestión de Redes de tecnología y equipos informáticos.	
SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	53	Control Interno	Se evidenció plan de acción con los respectivos seguimientos

4. Análisis y resultados de los datos encontrados.

Para efectos del presente informe de la evaluación del plan de acción realizada a los subprocesos de la vigencia 2025, 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.

En los planes de acción de subproceso o proceso se registran actividades en el marco del Ciclo PHVA alineamiento con los planes, programas, políticas, o sistemas de gestión, se determina el porcentaje de cumplimiento basado en el número de actividades cumplidas sobre las programadas, a las cuales la primera línea de defensa líderes ha generado seguimiento y registro de su desarrollo, trimestralmente desde Control interno se ha realizado el seguimiento a este.

El plan de acción como instrumento refleja la actividad a realizar, responsable, producto, periodicidad y cronograma de desarrollo.

5. Conclusiones

La entidad realizó la formulación de los planes de acción para la vigencia 2025 cumpliendo el plazo de aprobación y publicación a 31 de enero del 2025. Se evidenció plan de acción de todos los procesos, con la estructura de la 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.

La Entidad no emitió durante la vigencia circular, comunicación o resolución donde realizará la definición de líderes de procesos o subprocesos y sus roles o funciones, dificultando la ejecución y seguimiento de los planes de acción.

Durante la vigencia se desarrollaron comités institucionales, mesas de trabajo donde participaron líderes de procesos y subprocesos.

En el proceso de Direccionamiento estratégico se evidenció bajo cumplimiento en las actividades del subproceso de Gestión de mercadeo y ventas de servicios y el subproceso, dichos subprocesos presentan debilidad en la información documentada y en el registro de actividades desarrolladas por lo cual es fundamental fortalecer en capacitación de gestión por procesos a los líderes y personal relacionado.

En el proceso de gestión estratégica del talento humano en general evidenció una madurez en la gestión por procesos, en el seguimiento, en la consolidación de soportes, incluso cuentan con planes de acción específicos por funcionarios o por programas caracterizándose por un gran número de actividades. Sin embargo, persiste la debilidad del subproceso de Control disciplinario interno, a cargo del profesional en Derecho subgerencia del talento humano, que durante la vigencia se presentaron cambios de funcionario, y a pesar de realizar solicitudes y seguimientos no se logró verificar el desarrollo de las actividades, así como el estado de actualización documental.

En el proceso de internación a pesar de contarse con la asignación de dos profesionales de enfermería como líderes integrales, no se evidenció alto cumplimiento, al realizar la verificación las actividades no se evidenció ejecución de actividades como seguimientos indicadores, aspecto documental, seguimiento adherencias. Los líderes lo asocian a múltiples actividades en la vigencia que afectó la gestión por procesos planeadas, actividades como auditorías externas de larga duración, habilitación de nuevos servicios, adecuaciones de infraestructura.

El proceso de gestión financiera y administrativa el bajo cumplimiento se identificó por el no desarrollo o no registro de este del subproceso de gestión de cartera, y por el no cumplimiento de actividades básicas de proceso como son la gestión de indicadores, riesgos.

El proceso de gestión de compras y almacén, aunque desarrolló actividades, se evidenció que quedaron pendientes finalizar la actualización documental del manual de propiedad



planta y equipo, sin embargo, es un proceso que ha ejecutado planes de mejora en atención a auditorías externas e internas.

6. Recomendaciones.

- En la formulación de los planes de acción en el inicio de vigencia se recomienda tener en cuenta los recursos, la capacidad operativa para determinar actividades alcanzables y durante la vigencia es fundamental el autocontrol de lo planeado ya que la entidad por su naturaleza y complejidad junto a aspectos nuevos como proyectos que surgen en la vigencia, ha generado incremento en las actividades que en ocasiones impiden asignarles el tiempo adecuado para su desarrollo.
- 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 y seguimiento del plan de acción del procesos y planes de mejoramiento.
- Para la formulación de los planes en el 2026 se recomienda articular las actividades con el Programa de Transparencia y ética pública, así como los subsistemas de riesgos.
- Definir el rol, funciones de los líderes de procesos, subprocesos, referentes para dar claridad en la responsabilidad, plazos de actividades.
- 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.

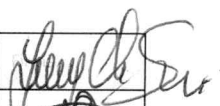


**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1

Evolucionamos pensando en Usted

- Los procesos cuentan con el líder asignado el cual corresponde a las subgerencias y gerencia, por lo cual es un aliado estratégico que puede contribuir, motivar, acompañar a los lideres, referentes con el fin de fortalecer la gestión por procesos de la entidad.
- Es fundamental la formación a lideres, referentes en la gestión de procesos, actividades de auditorías, gestión del riesgo desde un lenguaje claro y sencillo.

7. Control de elaboración.

Revisó.	Yenny Carolina Suarez Asesor Control Interno	
Proyectó.	Geraldine Real Lozano Profesional Univ. Control Interno.	