



E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ

OFICINA CONTROL INTERNO

INFORME

EVALUACION DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ

Puerto Caicedo - Putumayo

Dando cumplimiento a La Ley 909 de 2004, en su Artículo 39 establece que: "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"

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2026**

INFORME

EVALUACION DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ

Puerto Caicedo - Putumayo

Dando cumplimiento a La Ley 909 de 2004, en su Artículo 39 establece que: "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"

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2026**



E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

OFICINA CONTROL INTERNO

1. INTRODUCCION

Conforme a lo normado en la Ley 909 de 2004, en su Artículo 39 la Oficina de Control Interno presenta los resultados de la evaluación por dependencias correspondiente al año 2025. Para la evaluación de las dependencias de la E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ de Puerto Caicedo Putumayo, se tienen en cuenta:

- a) La planeación institucional enmarcada en el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo Anual 2025;
- b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados;
- c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a 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 mismas Oficinas de Control Interno.

2. OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de los compromisos definidos por cada proceso y dependencia tanto en el Plan de Acción, como en los indicadores de gestión de la vigencia 2025, la evaluación se hace cualitativamente y cuantitativamente al grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planificación y generando recomendaciones que contribuyan a fortalecer la mejora continua de los procesos.

3. ALCANCE

La evaluación se sustenta en la gestión adelantada por cada dependencia evaluada, conforme a los compromisos y metas definidos en el Plan de Acción 2026 y en los indicadores de gestión por procesos de la vigencia 2026.

4. MARCO NORMATIVO

- Ley 909 de 2004: Establece las normas que regulan el empleo público y la carrera administrativa, incluyendo la evaluación del desempeño laboral, con criterios objetivos para calificar la conducta y aportes a metas.
- Ley 87 de 1993: Define las normas para el ejercicio del control interno en entidades públicas, base para la evaluación de la gestión.
- Decreto 1083 de 2015 (Art. 2.2.8.1.3): Reglamenta la evaluación de la gestión por áreas o dependencias, vinculando la Oficina de Control Interno (OCI).
- Decreto 1499 de 2017: Articula el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) con el Sistema de Control Interno (SCI).

5. CONTENIDO DEL INFORME

Para el análisis de los procesos se tomó como insumo los resultados obtenidos por las dependencias auditadas en la vigencia 2025 tanto en EL PLAN DE ACCIÓN como en los INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO VIGENCIA 2025, resultados que fueron promediados, con el fin de obtener un resultado total de la gestión adelantada por cada dependencia y de aquellos procesos relevantes dentro de la entidad por su misionalidad.

Dando cumplimiento a la metodología del proceso del informe la oficina de control interno de la E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ realizó la verificación del cumplimiento de los objetivos y metas institucionales por parte de las áreas o dependencias auditadas, y revisando las evidencias de ejecución consolidadas en los planes de acción y las evaluaciones de las auditorías internas ejecutadas a 31 de diciembre del 2025.

Con fundamento en la información suministrada por cada líder del proceso o subproceso esta dependencia logra evidenciar en cada área, los soportes que respaldan la calificación de la evaluación al PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2025 comprobando el nivel de cumplimiento de los objetivos institucionales relacionados con cada una de ellas.

De acuerdo con lo anterior, el INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS (o por procesos) tiene un primer objetivo el cual es facilitar a la alta dirección del hospital un parámetro objetivo frente a la evaluación del cumplimiento de la planificación y gestión, y en segundo lugar es el insumo importante frente a la evaluación del desempeño de los servidores de carrera administrativa, lo anterior teniendo en cuenta que debe existir una coherencia entre el desempeño de los servidores y los resultados frente a la gestión de los procesos en donde participan y de forma general frente a los resultados de la entidad.

DEPENDENCIAS Y PROCESO EVALUADOS VIGENCIA 2025

El propósito de esta evaluación, es garantizar la adecuada implementación del autocontrol, la administración del riesgo en los procesos de la entidad y el cumplimiento de la planificación y gestión institucional, con el fin de procurar de que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la alta dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.



No.	PROCESO	PLANIFICACION ESTRATEGICA	META/ACTIVIDAD
1	SIAU	SALUD FORTALECIDA Y EVALUADA PERMANENTEMENTE	Brindar atención en salud oportuna, de calidad y humanizada
		RESPONSABILIDAD SOCIAL	Responder oportunamente a las Peticiones, Quejas y Reclamos según lo establecido en la normatividad vigente
			Organizar e implementar el Plan de Comunicaciones de la E.S.E
2	ESTADISTICA	SALUD FORTALECIDA Y EVALUADA PERMANENTEMENTE	Brindar atención oportuna y sin barreras a toda la población con respeto a la diferencia y la población prioritaria
3	AUDITORIA DE CALIDAD	GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	Evaluar el cumplimiento de ejecución de las auditorias programadas en PAMEC
			Evaluar el cumplimiento de ejecución de las acciones de mejoramiento PAMEC
			Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos reportados.
			Evaluar la adherencia a la GPC de Hipertensión Arterial Primaria.
			Evaluar la adherencia a la GPC de crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años
		HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Gestionar una atención oportuna y sin barreras a las gestantes que permita brindar atenciones seguras, pertinentes, continuas e integrales al binomio madre e hijo.
			Brindar un tratamiento oportuno, sin barreras y seguro a la gestante con Dx de Sífilis Gestacional con el fin de prevenir la Sífilis Congénita en el recién nacido.
4	LABORATORIO CLINICO	SALUD FORTALECIDA Y EVALUADA PERMANENTEMENTE	Brindar atención oportuna y sin barreras a toda la población con respeto a la diferencia y la población prioritaria
5	SUB GERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	Ejecutar el 90% de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas Municipales.
			Garantizar una atención segura a la población infantil a través de la



			Estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
6	PROMOCION Y MANTENIMIENTO	GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	Brindar una atención segura al binomio madre e hijo a través de la implementación de la estrategia Institución Amiga Mujer y de la Infancia IAMi.
7	HOSPITALIZACION	GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	Brindar una atención segura basada en evidencia científica que aporte al mejoramiento de la salud de los usuarios.
8	URGENCIAS	GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	Brindar una atención segura basada en evidencia científica que aporte al mejoramiento de la salud de los usuarios.
9	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA	Realizar las Búsquedas Activas Institucionales programadas desde el nivel departamental y las programadas a nivel municipal.
10	TALENTO HUMANO	TRANSFORMACION CULTURA ORGANIZACIONAL PERMANENTE	Documentar, socializar y desarrollar el Plan de Bienestar Institucional.
			Documentar, socializar y desarrollar el Plan de Acción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
			Evaluar la percepción que tienen los trabajadores del Clima laboral en la Institución con el fin de identificar debilidades y oportunidades de mejora
			Fortalecer las capacidades técnicas, habilidades y destrezas del Talento Humano de la Institución con generar procesos seguros.
11	SISTEMAS	GESTION DE LA TECNOLOGIA	Realizar semestralmente la evaluación de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa siendo ésta una herramienta de gestión objetiva que considera el comportamiento, las competencias laborales y los aportes del empleado.
			Realizar el mantenimiento preventivo a los equipos de cómputo de la Institución.



12	RECURSOS FISICOS/ALMACEN	TRANSFORMACION CULTURA ORGANIZACIONAL PERMANENTE	Realizar el mantenimiento preventivo a la infraestructura, parque automotor y equipos industriales.
13	AUDITORIAS DE CUENTAS	GESTION DEL RIESGO	Garantizar el proceso de auditoria previa de cuentas medicas con el fin de disminuir el porcentaje de glosas.
14	GESTION FINANCIERA	GESTION DEL RIESGO	Ejecutar los gastos bajo el plan operativo anual de inversiones y el presupuesto institucional y gestionar los recursos oportunamente con el fin de mantener el equilibrio financiero de la empresa.

En el presente informe se presenta evaluación de 14 procesos de la entidad, que están plasmados en el **PLAN OPERATIVO ANUAL 2025**; a los cuales se le establecieron metas y actividades tendientes a garantizar el cumplimiento de la planeación estratégica que se propuso ejecutar en el plan de desarrollo institucional vigente.

Se tuvieron en cuenta con corte a 31 de diciembre del 2025 los avances con soportes de dichas acciones.

RESULTADOS PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2025



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Asistencial	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
SIAU – SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCIÓN AL USUARIO			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
1. Mejorar la percepción de los usuarios en la prestación de los servicios.			
2. Diseñar e implementar el Modelo de Atención con enfoque diferencial de los usuarios de la ESE Hospital AJ			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Brindar atención en salud oportuna, de calidad y humanizada	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS.	100%	Se realizó un Informe trimestral de Aplicación de Encuestas, el cual tiene de forma detallada el informe de percepción de los usuarios. En la vigencia 2025 se evidencia un alto nivel de satisfacción general por parte de los usuarios frente a la experiencia con los servicios ofrecidos por la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez. El índice global de satisfacción alcanzó un 95 %, mientras que un 5 % manifestó una percepción regular o desacuerdo parcial con algunos aspectos de la atención. El procedimiento de medición del nivel de satisfacción se cumplió en 2025
	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos.	100%	Se realizaron Informes trimestrales de Aplicación de Encuestas para conocer el índice de satisfacción plantado. considerando las respuestas plasmadas en los informes “definitivamente sí” y “probablemente sí” como indicadores de recomendación, se determinó que el 98.6 % de los usuarios encuestados recomendarían la IPS a familiares, amigos o conocidos, frente a un 1.4 % que no la recomendaría o manifestó dudas. Estos resultados reflejan una percepción ampliamente positiva del servicio. El procedimiento de medición del nivel de satisfacción se cumplió en 2025
Responder oportunamente a las Peticiones, Quejas y Reclamos según lo establecido en la normatividad vigente	Oportunidad en la respuesta a las quejas y reclamaciones	100%	Se presentaron Informes Semestrales de Peticiones, Quejas y Reclamos en la vigencia 2025, evidenciando el adecuado manejo de las PQRS, los buzones y los distintos canales de comunicación y transparencia que tiene el usuario con la entidad. El análisis de los informes sobre PQRSF recibidas durante el segundo semestre de

			2025 en la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez evidencia un nivel constante de participación por parte de los usuarios, lo cual constituye una herramienta fundamental para la evaluación y mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Predominan las felicitaciones en la percepción positiva de la atención recibida en la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez. El procedimiento de medición del nivel de satisfacción se cumplió en 2025
Organizar e implementar el Plan de Comunicaciones de la E.S.E	Reporte mensual con la información (12)	60%	Existe en la empresa el PLAN DE COMUNICACIONES con objetivos y metas específicas, formulado para la página web, revisada la página web se puede encontrar que información de la entidad se encuentra publicada cumpliendo el principio de transparencia en la administración pública. El Plan de Comunicaciones si bien se cumple en su formulación, su alcance no abarca más canales de comunicación fuera de la página web. No existe una adecuada planeación de la comunicación al interior de la entidad se aprecia sin objetivos claros a los nichos que se quiere llegar.
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 90% calificación SATISFACTORIO en los cuatro indicadores de medición formulados en el Plan Operativo Anual 2025. Se resalta el compromiso del área y recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción 2026.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	90%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>) 70%	SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO:			
- Complementar el PLAN DE COMUNICACIONES de manera integral para los usuarios internos y externos de la entidad. - Continuar con los procesos de cumplimiento del principio de transparencia en la administración pública a través de los canales de comunicación necesarios, modernos y actuales conforme la dinámica comunicacional global. - Continuar con la eficiencia y dedicación mostrada en la percepción del servicio con calidad y oportunidad.			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Asistencial	
3. SUBPROCESO A EVALUAR: -			
ESTADISTICA			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
6 - Fortalecer el sistema de información de la Institución para garantizar la veracidad de los datos como herramienta para la gestión gerencial en la toma de decisiones			
7 - Garantizar la generación de información con datos reales y confiables, así como la entrega oportuna a los diferentes entes con los cuales se encuentra obligada la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Brindar atención oportuna y sin barreras a toda la población con respeto a la diferencia y la población prioritaria	Oportunidad en la asignación de citas médicas.	100%	Existen informes trimestrales cargados al SIHOS donde se da cuenta que la evaluación de la oportunidad de Asignación de Citas Médicas está en 0,02, lo que implica DE 1 DÍA. La ficha técnica de evaluación del indicador arroja que se toma la Sumatoria de la diferencia de días calendario, entre la fecha en que se asignó la cita de Medicina General por primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de Medicina General asignadas por primera vez. Con un promedio esperado MENOR A 3 DIAS
	Oportunidad en la atención en consulta de urgencias TRIAGE II.	100%	Los reportes trimestrales que la entidad hace al SIHOS arroja que el Índice de Oportunidad en la atención en consulta de urgencias TRIAGE II es de 5,45 MINUTOS. La ficha técnica muestra que el índice se establece con Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es Clasificado como Triage II y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico. / Número total de pacientes clasificados como Triage II en el periodo de evaluación. Con un promedio esperado de MENOR A 30 MINUTOS



	Oportunidad de la Atención en Consulta programada 1a vez de Odontología General	100%	La evaluación a la información trimestral reportada en SIHOS para este indicador de medición arroja un resultado de 1,5 DIAS. La ficha técnica para la obtención de los resultados de este indicador es: Sumatoria de la diferencia de días calendario, entre la fecha en que se asignó la cita de Odontológica por primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de Odontología asignadas por primera vez. Promedio esperado de MENOR A 3 DIAS
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 100% calificación SATISFACTORIO en los indicadores de medición plasmados en el Plan de Acción 2025 para esta área. Se recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción 2026.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MINIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	100%
($<$) al 50%	($=$) o ($>$) 50% o ($<$) 70%	($=$) o ($>$) 70%	SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
Seguimiento constante en apoyo con el área de calidad para mantener estándares altos de cumplimiento de índices de oportunidad.			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Asistencial	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
LABORATORIO CLINICO			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
2 - Diseñar e implementar el Modelo de Atención con enfoque diferencial de los usuarios de la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Brindar atención oportuna y sin barreras a toda la población con respeto a la diferencia y la población prioritaria	Oportunidad en entrega de resultados de laboratorio en urgencias y hospitalización.	100%	Existen certificados trimestrales firmados por Coordinador de Laboratorio de la Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que se entrega la muestra a laboratorio clínico para su procesamiento y el momento en el que se registra el resultado en el software clínico SIHO / Total de muestras de laboratorio de urgencias y hospitalización. El resultado según certificación esta entre 30 minutos a 1 hora MENOR A 2 HORAS
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 100% calificación SATISFACTORIO en el indicador de medición plasmado en el Plan de Acción 2025. Se resalta el compromiso del área en este aspecto y se recomienda continuar con la evaluación en el proceso de calidad de acuerdo al reporte de glosas sobre esta área.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	100%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>) 70%	SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
- Continuar con la revisión periódica del proceso y mantener los estándares de oportunidad fijados en los indicadores de medición para las vigencias futuras			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Asistencial	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
AUDITORIA DE CALIDAD			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
3 - Fortalecer y operativizar el área de calidad de la ESE de tal forma que se convierta en verdadero eje estratégico para desarrollo institucional.			
4 - Desarrollar a cabalidad el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad como estrategia gerencial.			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Evaluar el cumplimiento de ejecución de las auditorias programadas en PAMEC	Porcentaje de cumplimiento cronograma de auditorías PAMEC.	100%	Existe un Plan de Auditorias llamado CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2025, con 16 actividades de las cuales se realizaron todas con sus respectivos soportes
Evaluar el cumplimiento de ejecución de las acciones de mejoramiento PAMEC	Porcentaje de cumplimiento de acciones de mejoramiento PAMEC.	86.7%	Se priorizaron 143 oportunidades de mejora en el PAMEC, de los cuales se ejecutaron 124, quedando 19 pendientes a la fecha.
Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos reportados.	Eventos adversos gestionados y analizados.	100%	Se analizaron 7 eventos adversos gestionados y analizados en el periodo 2025 / Y fueron 7 Total de eventos adversos reportados.
Evaluar la adherencia a la GPC de Hipertensión Arterial Primaria.	Porcentaje de adherencia a la aplicación de guía de hipertensión arterial.	40%	Existe un avance de Informe Evaluación de Adherencia a GPC Hipertensión Arterial Debido al cambio en el instrumento de evaluación, se hizo necesario realizar nuevas evaluaciones a las historias clínicas del programa de crónicos comenzando nuevamente desde el mes de enero de 2025, evaluaciones ya realizadas, pero que, con el cambio de instrumento no arrojarían resultados uniformes. El proceso aún se está realizando
Evaluar la adherencia a la GPC de crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años	Porcentaje de adherencia a la aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	100%	Para el Informe Evaluación de Adherencia a GPC de Crecimiento y Desarrollo, se tenía un instrumento evaluador basado en la Res. 412 del 2000, la cual fue cambiada en el 2018 y la entidad no la tenía implementada.



			Una vez actualizado el instrumento de evaluación se procede a la evaluación de H.C. por parte de Jefe Enfermería y Médico, evaluados los 4 Trimestres
Gestionar una atención oportuna y sin barreras a las gestantes que permita brindar atenciones seguras, pertinentes, continuas e integrales al binomio madre e hijo.	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	100%	Informe Captación Temprana de Gestantes, se reviso la matriz de gestantes ingresadas en 2025, se verificó la fecha de ingreso y su edad gestacional en el ingreso. Se reviso H.C. usuarias mayores a 12 semanas de gestación. Existe informe anual 2025
Brindar un tratamiento oportuno, sin barreras y seguro a la gestante con Dx de Sífilis Gestacional con el fin de prevenir la Sífilis Congénita en el recién nacido.	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la E.S.E.	100%	Certificado de Epidemiología Municipal de Sífilis Congénita presentada por el área, donde se especifica que en el municipio No se presentaron casos para la vigencia 2025
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 89,53% calificación SATISFACTORIO en los siete indicadores de medición. Se recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas y las que están aún pendientes.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	89,53%
($<$) al 50%	($=$) o ($>$) 50% o ($<$) 70%	($=$) o ($>$) 70%	SATISFACTORIA
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
- Mayor articulación del equipo de calidad, PAMEC y los distintos programas para atender de forma oportuna las acciones de mejora			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Administrativa	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
SUB GERENCIA ADMINISTRATIVA			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
8 - Desarrollar a cabalidad el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad como estrategia gerencial. 9 - Evaluar el proceso de compras para determinar la viabilidad de la implementación de las estrategias o mecanismos determinados en la normatividad y hacer uso de ellos. 10 - Establecer políticas precisas para garantizar el recaudo oportuno a través de estrategias y mediciones periódicas que permitan intervenciones oportunas.			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Ejecutar el 90% de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas Municipales.	Implementación de las actividades de Salud Publica en mínimo 90%	99.99%	Según el Informe Ejecución de Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas Municipales, nos arroja que, de 744 actividades contratadas y programadas, se ejecutaron 743
Garantizar una atención segura a la población infantil a través de la Estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.	Implementación de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI).	0%	Se plasmó esta estrategia en el PLAN DE ACCION 2025 pero NO hay evidencias de su implementación y ejecución. Hay que considerar que el objetivo de esta Estrategia es asegurar que todos los servicios de salud de primer nivel apliquen estos protocolos para mejorar la salud infantil y la consejería familiar. la implementación de la estrategia es obligatoria en los hospitales de I nivel en Colombia. Como parte de la política de atención integral en salud y la Atención Primaria en Salud (APS), es una herramienta esencial para reducir la morbilidad infantil y mejorar la calidad de atención, ayudando a diagnosticar y tratar las causas más frecuentes de enfermedad en niños menores de 5 años, por lo general esta estrategia se complementa con la implementación a menudo se complementa con la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMII), que garantiza atención integral y nutrición a los niños.



7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
Se puede establecer que de acuerdo al peso porcentual de las actividades programadas y sus índices de medición, la dependencia cumplió con lo trazado en el 75% calificación SATISFACTORIO en los dos indicadores de medición plasmados en el Plan de Acción 2025. Se resalta el incumplimiento de la actividad de implementación de la Estrategia AIEPI.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	75%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>) 70%	SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
- El cumplimiento de las actividades plasmadas en el Plan de Acción es obligatorio, de allí que se requiere mayor atención y conexión entre la operatividad y la planeación estratégica que fija el rumbo hacia donde deben estar orientadas todas las actividades diarias.			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	

ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Asistencial	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
PROMOCION Y MANGTENIMIENTO – P y M			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
2 - Diseñar e implementar el Modelo de Atención con enfoque diferencial de los usuarios de la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Brindar una atención segura al binomio madre e hijo a través de la implementación de la estrategia Institución Amiga Mujer y de la Infancia IAMI.	Implementación de la estrategia Institución Amiga Mujer y de Infancia Integral (IAMII).	0%	Se plasmo esta estrategia en el PLAN DE ACCION 2025 pero no hay evidencias de su implementación y ejecución.
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia NO cumplió con lo trazado en el plan de acción 2025, su calificación promedio es del 0% calificación MINIMO en el cumplimiento del indicador de medición.			
Hay que resaltar que la implementación de la Estrategia IAMI - Implementación de la estrategia Institución Amiga Mujer y de Infancia - es de obligatorio cumplimiento para las instituciones de salud que incluye a los hospitales de I nivel, dado que es una Política Nacional de Prestación de Servicios. Esta estrategia busca mejorar la atención materno-infantil y asegurar la calidad en la atención primaria y aplica a todas las empresas sociales del estado (ESE) y prestadores de servicios de salud que atienden a gestantes y menores de 6 años. Sus lineamientos exigen la autoevaluación y cumplimiento de los módulos aplicables pertinentes para el primer nivel.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	0%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>)70%	MINIMO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
- Analizar este tema específico desde la Alta Gerencia y los motivos o causas de su incumplimiento para tomar correctivos inmediatos.			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	

ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Asistencial	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
HOSPITALIZACION			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
2 - Diseñar e implementar el Modelo de Atención con enfoque diferencial de los usuarios de la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Brindar una atención segura basada en evidencia científica que aporte al mejoramiento de la salud de los usuarios.	Reingreso a hospitalización por igual causa antes de 15 días.	100%	Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo / Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo. LA FICHA TECNICA SIHOS muestra que en Hospitalización NO se presentaron reingresos en el año 2025
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 100% calificación SATISFACTORIO dado que los registros SIHOS 2025 muestran que para el área de hospitalización NO se presentaron ingresos en el 2025. Se resalta el compromiso del área y recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción futuro.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MINIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	100%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>) 70%	SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
- Continuar de manera permanente con la evaluación del proceso con el fin de mantener de manera satisfactoria el cumplimiento de los objetivos de Oportunidad y Calidad en el servicio.			
Analizar y socializar el plan de capacitaciones con el personal del área para detectar nuevas necesidades de capacitación			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Asistencial	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
URGENCIAS			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
2 - Diseñar e implementar el Modelo de Atención con enfoque diferencial de los usuarios de la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Brindar una atención segura basada en evidencia científica que aporte al mejoramiento de la salud de los usuarios.	Reingresos en el servicio de urgencias antes de las 72 horas.	100%	Número de Pacientes que reingresan al servicio de urgencias, en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso. / Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en el periodo. Según datos de SIHOS se puede observar que durante la vigencia 2025 NO hubo reingreso de pacientes en Urgencias, por tanto el área cumple con el índice de medición definido en el Plan de Acción 2025
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 100% calificación SATISFACTORIO en el indicador de medición. Se resalta el compromiso del área y recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	100%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>) 70%	SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
Continuar con el mantenimiento de la oportunidad y calidad en el proceso de Reingreso de pacientes en el área			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD: ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		2. MACROPROCESO: Gestión Asistencial	
3. SUBPROCESO A EVALUAR: VIGILANCIA Y SALUD PUBLICA			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: 2 - Diseñar e implementar el Modelo de Atención con enfoque diferencial de los usuarios de la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Realizar la Búsqueda Activa Institucionales programadas desde el nivel departamental y las programadas a nivel municipal.	Número de Búsqueda Activas Institucionales Ejecutadas / Total de Búsqueda Activas Institucionales Programadas.	100%	Se realizaron 12 búsquedas activas, una por cada mes de la vigencia 2025, el Informe del responsable de Epidemiología Institucional se presenta por parte de la jefe de Enfermería responsable del proceso. La Búsqueda Activa Institucional (BAI) es una estrategia de vigilancia epidemiológica intencionada que busca detectar casos de enfermedades no reportados oportunamente al sistema de salud. Consiste en la revisión exhaustiva de registros clínicos y administrativos (RIPS, historias clínicas, laboratorios) para encontrar casos sospechosos, fortalecer la vigilancia y mejorar la calidad de la información.
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 100% calificación SATISFACTORIO en los doce indicadores de medición. Se resalta el compromiso del área y recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	100%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>) 70%	SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
Analizar y socializar el plan de capacitaciones con el personal del área para detectar nuevas necesidades de capacitación			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	

ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Administrativa	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
OFICINA TALENTO HUMANO			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
6 - Fortalecer el sistema de información de la Institución para garantizar la veracidad de los datos como herramienta para la gestión gerencial en la toma de decisiones.			
7 - Garantizar la generación de información con datos reales y confiables, así como la entrega oportuna a los diferentes entes con los cuales se encuentra obligada la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Documentar, socializar y desarrollar el Plan de Bienestar Institucional.	Porcentaje de cumplimiento del plan de bienestar.	88.89%	Existe un informe de evaluación del Plan de Bienestar Social en el cual se programaron 27 actividades para la vigencia 2025, de las cuales se ejecutaron 24. En dicho Plan se hace énfasis en dos áreas de intervención como son: 1)Area de Protección y Servicios Sociales: - Deporte y recreación - Educación - Cultura - Salud - vivienda 2) Calidad de Vida Laboral: -Medición del Clima Laboral -Evaluar la adaptación al cambio organizacional -Preparación a pre pensionados -Cultura Organizacional
Documentar, socializar y desarrollar el Plan de Acción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Porcentaje de cumplimiento del plan anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	40.74%	La evaluación del Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se ve marcado por el cambio de funcionario responsable del proceso, donde el primer semestre no se tiene registro del cumplimiento de las actividades programadas, lo que incide en el resultado final de cumplimiento de actividades 2025. El informe anual registra 27 actividades programadas de las cuales se ejecutaron 11 actividades según el informe final de evaluación 2025.

			Las actividades estaban enmarcadas en el cumplimiento de 3 objetivos así: 1) Revisar, publicar y socializar los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Prevención de Sustancias Psicoactivas. 2) Fortalecer actividades de los subprogramas de Medicina Preventiva y Medicina Laboral, que permitan promocionar la salud y bienestar de los funcionarios y contratistas. 3) Fortalecer actividades relacionadas con Higiene y Seguridad Industrial, que Contribuyan disminuir la accidentalidad y Enfermedades laborales.
Evaluar la percepción que tienen los trabajadores del Clima laboral en la Institución con el fin de identificar debilidades y oportunidades de mejora	Porcentaje de satisfacción con el clima laboral.	95.83%	El informe de evaluación sobre clima laboral en la institución arroja en primer lugar el cumplimiento de la evaluación misma. Segundo se observa en el contenido del informe que las conclusiones sobre evaluación del CLIMA LABORAL son positivas, con altos niveles de satisfacción general del personal. Existen buenas relaciones interpersonales respetuosas, lo cual fortalece el trabajo en equipo, lo que refleja un ambiente saludable, estable y con buena percepción por parte del equipo.
Fortalecer las capacidades técnicas, habilidades y destrezas del Talento Humano de la Institución con generar procesos seguros.	Porcentaje de cumplimiento del plan de capacitación.	89.74%	El informe de evaluación al Plan de Formación y Capacitación Institucional nos arroja 35 actividades ejecutadas de 39 programadas. Las actividades desarrolladas estuvieron encaminadas a mejorar el desempeño laboral, promoviendo la actualización permanente del personal y contribuyendo al cumplimiento de los objetivos misionales.
Realizar semestralmente la evaluación de desempeño de los funcionarios de carrera	% de funcionarios con calificación de Sobresaliente.	100%	La E.S.E. Alcides Jiménez cuenta con 13 funcionarios públicos, de ellos uno de carrera administrativa que pertenece al



administrativa siendo ésta una herramienta de gestión objetiva que considera el comportamiento, las competencias laborales y los aportes del empleado.		nivel técnico asistencial, 3 de libre nombramiento y remoción que pertenecen al nivel directivo, profesional y técnico administrativo, 3 de periodo dos de nivel directivo y uno de nivel profesional asistencial, 6 provisionales uno de nivel profesional asistencial y 5 de nivel técnico asistencial. La evaluación de desempeño se aplicó al funcionario de carrera administrativa con una calificación de 100%. El cumplimiento del indicador de desempeño en la realización de la evaluación se cumplió en el año 2025
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:		
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 83,04% calificación SATISFACTORIO en los cinco indicadores de medición. Se recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción.		
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO
($<$) al 50%	($=$) o ($>$) 50% o ($<$) 70%	($=$) o ($>$) 70%
		83,04%
		SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:		
Se recomienda la revisión periódica de los procesos, un adecuado manejo de la información por área y un concertado empalme de responsables de área cuando existan cambios de los profesionales responsables		
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Administrativa	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
RECURSOS DE LA INFORMACION			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
6 - Fortalecer el sistema de información de la Institución para garantizar la veracidad de los datos como herramienta para la gestión gerencial en la toma de decisiones.			
7 - Garantizar la generación de información con datos reales y confiables, así como la entrega oportuna a los diferentes entes con los cuales se encuentra obligada la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Realizar el mantenimiento preventivo a los equipos de cómputo de la Institución.	Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento de equipos de cómputo y sostenimientos del sistema	70%	1)El Informe de Ejecución del Mantenimiento Preventivo de Equipos de Cómputo de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez durante la vigencia 2025, certifica que el mantenimiento se realizó a los 109 equipos de cómputo y 28 impresoras existentes cumpliendo con un 100% en su ejecución. 2)El sistema integral de Sistemas en cambio se encuentra en un grave riesgo dado la falta de atención por parte de la administración en temas como: - Falta de Mantenimiento y relevo de la ESTRUCTURA DE RED, que tiene un uso de mas de una década, sin los soportes que corroboren un mantenimiento preventivo regular o reposición de la misma, la cual ya presenta fallas en varios puntos de acceso. - Falta de un ambiente y espacio adecuado para el mantenimiento de los equipos, oficina sin las herramientas adecuadas (Proveedores y Almacén NO entregan las herramientas técnicas pertinentes). - No hay oportunidad y suficiencia en los repuestos



			solicitados para los respectivos mantenimientos correctivos que requieren los equipos. 3) Existe una gran falencia en torno a las LICENCIAS DE SOFTWARE, lo que indica que la entidad contraviene la norma respecto a DERECHOS DE AUTOR.
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 70% calificación ACEPTABLE en los indicadores de medición. Se resalta el compromiso del área y recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	70%
($<$) al 50%	($=$) o ($>$) 50% o ($<$) 70%	($=$) o ($>$) 70%	ACEPTABLE
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
- Corregir de manera inmediata la contravención normativa de DERECHOS DE AUTOR respecto de las licencias software. - Gestionar mayor atención administrativa al área de SISTEMAS, dado que su área de trabajo, repuestos y herramientas presentan deficiencias que ponen en riesgo el adecuado manejo y mantenimiento de la Estructura de Sistemas y con ello la seguridad y protección de la información, uno de los activos más valiosos de la entidad. El área de SISTEMAS es fundamental para el funcionamiento eficiente de la entidad, ya que maneja y procesa información crítica. Sin embargo, se observa que el área carece de recursos y atención adecuados, lo que podría generar riesgos de seguridad y pérdida de información. Por lo anterior se sugiere asignar recursos suficientes para la adquisición de repuestos y herramientas necesarias para el mantenimiento y actualización de los sistemas. Establecer un plan de contingencia para garantizar la continuidad del servicio en caso de fallas o desastres. Brindar oferta de capacitación al personal del área de SISTEMAS para mejorar su respuesta ante incidentes y emergencias.			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD: ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		2. MACROPROCESO: Gestión Administrativa	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
RECURSOS FISICOS			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
5 - Gestión de los Proyectos de Infraestructura y los Proyectos de Dotación y equipos médicos que sean necesarios de acuerdo a las necesidades de la ESE.			
9 - Evaluar el proceso de compras para determinar la viabilidad de la implementación de las estrategias o mecanismos determinados en la normatividad y hacer uso de ellos			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Realizar el mantenimiento preventivo a la infraestructura, parque automotor y equipos industriales.	Porcentaje cumplimiento plan mantenimiento preventivo a la infraestructura, parque automotor y equipos industriales.	60%	No existe en la entidad un Informe de Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario 2025. A la fecha de cierre del presente informe tampoco se presentó el PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2025 de la entidad. Existen alrededor de \$583.7 millones de pesos ejecutados en mantenimiento de infraestructura, mantenimiento de la dotación hospitalaria y de equipo industrial, sin embargo, no se hace referencia a ninguna inversión planificada
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia cumplió con lo trazado en el indicador más por el lado de la inversión que no se ve reflejado en una planeación anual. La ausencia de un Plan de Mantenimiento preventivo anual, debidamente socializado y aprobado hace que la inversión por muy alta que resulte muchas veces no cumpla con las necesidades y objetivos de la entidad y sus sitintas áreas. Ante la falta de planeación del Proceso se puede afirmar que el área cumplió en lo formulado de forma general del Plan de acción 2025 en un 60% con una calificación ACEPTABLE .			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	60%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>) 70%	ACEPTABLE
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
- Estar atentos a los proceso de mantenimiento de acuerdo con las necesidades concertadas con las áreas de la entidad y bajo una planificación anual.			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Administrativa	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
AUDITORIAS DE CUENTAS			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
6 - Fortalecer el sistema de información de la Institución para garantizar la veracidad de los datos como herramienta para la gestión gerencial en la toma de decisiones.			
7 - Garantizar la generación de información con datos reales y confiables, así como la entrega oportuna a los diferentes entes con los cuales se encuentra obligada la ESE Hospital Alcides Jiménez			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Garantizar el proceso de auditoria previa de cuentas medicas con el fin de disminuir el porcentaje de glosas.	Porcentaje del valor glosado, frente al valor facturado.	100%	Informe semestral de Auditoría de Cuentas. Con un porcentaje del valor glosado frente al valor facturado que asciende al 1,6%
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia ha cumplido con lo trazado en el 100% calificación SATISFACTORIO en el indicador de medición que se encuentra proyectado al 5% . Se resalta el compromiso del área y recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MINIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	100%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>)70%	SATISFACTORIO
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
Continuar con el esfuerzo de auditoria con el fin de contribuir en el menor detrimento posible de los ingresos por facturación de servicios.			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	



ENTIDAD:		2. MACROPROCESO:	
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ		Gestión Administrativa	
3. SUBPROCESO A EVALUAR:			
GESTION FINANCIERA			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
6 - Fortalecer el sistema de información de la Institución para garantizar la veracidad de los datos como herramienta para la gestión gerencial en la toma de decisiones.			
7 - Garantizar la generación de información con datos reales y confiables, así como la entrega oportuna a los diferentes entes con los cuales se encuentra obligada la ESE Hospital Alcides Jiménez.			
10 - Establecer políticas precisas para garantizar el recaudo oportuno a través de estrategias y mediciones periódicas que permitan intervenciones oportunas.			
6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (%)	6.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Ejecutar los gastos bajo el plan operativo anual de inversiones y el presupuesto institucional y gestionar los recursos oportunamente con el fin de mantener el equilibrio financiero de la empresa.	Mantener a la Institución sin Riesgo fiscal y financiero.	40%	Según el análisis de la información SIHOS con corte a Septiembre 30 del 2025, se puede observar que el Equilibrio Presupuestal incluido cuentas por cobrar y cuentas por pagar presenta un déficit presupuestal de -\$6.592 millones de pesos. Y el Equilibrio Presupuestal sin incluir cuentas por cobrar y cuentas por pagar por valor de -\$4.512 millones de pesos. Análisis que hace la secretaria de Salud Departamental. A la fecha del presente informe no se han consolidado la información definitiva de la vigencia para la evaluación del riesgo. Institución sin Riesgo Fiscal y Financiero.
	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	100%	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de plata y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de plata y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por

			concepto de salarios del personal de plata y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior).
			La entidad no tiene cuentas por pagar por dichos concepto superiores a 30 días.
	Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo	40%	Valor de la ejecución de los ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de las CxP de vigencias anteriores) Según la información presentada por las oficinas financieras responsables la entidad a diciembre 31 de 2005 aún continúa con déficit presupuestal
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
La dependencia no ha cumplido con lo trazado, su calificación arroja un 60% como ACEPTABLE en los indicadores de medición. Se recomienda continuar con el mejoramiento del proceso y cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de acción.			
RANGOS DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN GENERAL	
MÍNIMO	ACEPTABLE	SATISFACTORIO	60%
(<) al 50%	(=) o (>) 50% o (<) 70%	(=) o (>) 70%	ACEPTABLE
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
Verificar de manera periódica el comportamiento de la gestión presupuestal basados en las ejecuciones presupuestales mensuales, con el fin de lograr una mejor administración del área			
FECHA: 20 DE ENERO 2026		JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	

Atentamente,

JORGE E. KUARAN CABRERA
Jefe Oficina Control Interno
E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Puerto Caicedo - Putumayo