

103-25-38-007-2026

La Plata, 16 de febrero de 2026

## INFORME DE AUDITORÍA PLAN DE ACCIÓN

Objetivo:

- Realizar auditoría al cumplimiento de los objetivos definidos en el plan de acción de cada proceso para la vigencia 2025.

### ALCANCE:

La auditoría interna se realizará por el asesor de control interno en coordinación con el líder de planeación, durante el periodo comprendido entre el 05 de febrero de 2026 al 13 de febrero de 2026, en las instalaciones de la ESE San Sebastián para emitir el respectivo informe a la alta dirección de la ESE. La auditoría, no incluye la Subgerencia Administrativa, teniendo en cuenta que la supervisión del contrato de control interno se ejerce por parte del subgerente.

### METODOLOGÍA:

La técnica utilizada para el desarrollo de la auditoría interna será observación de los soportes que evidencien el cumplimiento del plan de acción definido por parte de cada líder para el periodo comprendido entre el 01 enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025, partiendo de lo documentado en los procesos y procedimientos establecidos en la Institución.

### DESARROLLO DE LA AUDITORÍA:

En virtud de las competencias de Control Interno, establecida en la CP, Ley 87 de 1993, Decreto 1499 de 2017 y de lo acordado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, una vez remitidos los planes de acción por parte de los responsables de los procesos de la vigencia 2025 se observa lo siguiente:

## 1. PLANEACION:

Teniendo en cuenta los objetivos establecidos para la vigencia 2025, se implementaron 15 actividades orientadas a la mejora continua en beneficio de todos los usuarios de la ESE. El cumplimiento del plan de acción alcanzó un 93% de ejecución, debido a que no se realizó el seguimiento y acompañamiento correspondientes a la presentación de la evaluación de desempeño de los colaboradores.

Asimismo, se definieron planes para gestionar el cambio organizacional, garantizando que todos los miembros del equipo se mantuvieran informados y comprometidos con las nuevas estrategias y objetivos institucionales.

### PLAN DE ACCION

ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	AVANCE	PORCENTAJE DE AVANCE
Realizar la planeación de las actividades propias del proceso para la vigencia.	Recopilando información pertinente y elaborando los documentos requeridos.	Durante el mes de enero se llevó a cabo la planeación y recopilación de información necesaria para la planeación del proceso, (Plan de acción y Operativo 2025)	100%
Consolidar la información para elaborar los informes del plan de gestión-plan de desarrollo-planes operativos del proceso.	Elaborar plan de acción y plan operativo para la vigencia 2025	Se solicitó a los líderes de los procesos toda la información requerida para para la elaboración del plan de Gestión , plan de desarrollo	100%
Desarrollar las dimensiones del MIPG, en las competencias asignadas.	Realizando y convocando al comité de Gestión y desarrollo institucional dentro de las fechas establecidas.	Se desarrolló el comité de gestión y desempeño los días 18 de marzo y 15 de julio de 2025 donde se realizó seguimiento a los indicadores de Mipg y se realizó mesa de trabajo con los líderes de las dimensiones y políticas el día 18 de noviembre de 2025 para revisar compromisos y recomendaciones , se cuenta con actas como evidencia, comité 9 de diciembre de 2025	100%
Garantizar el cumplimiento de los elementos del SOGC.	Realizando seguimiento a los componentes del sistema y verificar el cumplimiento de requisitos.	se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento del PAMEC vigencia 2025 los días 6,7,19,27 de agosto de 2025 con la líder de calidad y seguridad y salud del paciente, se cuenta con acta como evidencia	100%
Apoyar el proceso de acreditación.	Concertar con Gerencia los lineamientos básicos y apoyar a la líder del proceso de Calidad.	se realizó apoyo a la líder de calidad en los estándares de acreditación de gerencia y de direccionamiento estratégico	100%

Apoyar el procedimiento de rendición de cuentas.	Verificando calidad de la información que se va a ubicar para consulta por parte de usuarios y partes interesadas dentro de los términos establecidos.	se realizó la presentación para rendición de cuentas vigencia 2025 donde se recopiló toda la información de los diferentes procesos involucrados y se verificó su veracidad y calidad de la información	100%
Apoyar en la consolidación de proyectos institucionales desde el enfoque de la planeación.	Suministrando información general y transversal de la Empresa.	Se realizaron mesas técnicas de seguimiento con funcionarios del ministerio a los proyectos pendientes para los cuales se cargaron soportes en el aplicativo PISIS.	100%
Revisar y autorizar la implementación de formatos y documentos propios del proceso.	Revisando contenidos y aplicación de formatos establecidos.	Durante el periodo no se realizaron actualizaciones de formatos del proceso, se aplicaron los formatos ya establecidos	100%
Realizar acompañamiento evaluación del desempeño.	Realizando informe de las inconsistencias de las diferentes procesos.	No se evidencia seguimiento	0
Apoyar el seguimiento a riesgos	En coordinación con control interno y conforme a cronograma	se realizó auditoria a riesgo de operación y de corrupción el día 21 de agosto de 2025	100%
Garantizar las alertas tempranas como segunda línea de defensa.	Realizando reuniones periódicas de los eventos que se consideran de riesgo a la gestión gerencial.	Asistió a todas las reuniones convocadas por la gerencia para revisión y apoyo en temas de riesgos a la gestión gerencial	100%
Formular proyectos de la institución	Se formula en base a las necesidades desde el plan de gestión	Se apoyó en la formulación de proyecto de adecuaciones menores en las diferentes UBAS de la ese, y se formuló y radico al ministerio el proyecto de adecuación de energía solar de la UBA principal el cual se encuentra radicado en el ministerio de salud el 19 de noviembre de 2025, se ejecutó el proyecto de compra de 3 camionetas para cubrir brigadas de la ese.	100%
Garantizar la adecuada ejecución de los proyectos aprobados.	Se debe realizar informes sobre la ejecución y socializar ante los organismos de control.	se realizó de acuerdo a lo solicitado en su momento por el ministerio la adecuada ejecución de los proyectos ejecutados y se realizó acompañamiento a los funcionarios encargados del proceso	100%

Realizar informe SEUD	Se debe realizar informe mensual de la deuda interna y reportar al funcionario correspondiente.	se envió mensualmente el informe solicitado por SEUD al ministerio, se cuenta con correos de envió con los respectivos informes como evidencia	100%
Participar en los comités	En coordinación con el líder de cada comité, (Gestión desempeño, comité docencia servicio, comité PyP. Entre otros)	Participo en todos los comités a los que fue convocado, se cuenta con lista de asistencia y actas de los respectivos comités.	100%

## 2. CALIDAD:

Dentro del proceso de calidad, se establecieron trece (13) actividades para el plan de acción correspondiente a la vigencia 2025, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 100%. Se desarrollaron las acciones contempladas en los planes de mejoramiento para cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud implementados en la institución: Sistema Único de Habilitación, Sistema de Información para la Calidad, PAMEC y Acreditación.

A pesar de presentarse dificultades relacionadas con la seguridad y limitaciones presupuestales, fue posible ejecutar la totalidad de las actividades programadas. Durante toda la vigencia, se realizó el monitoreo trimestral de los indicadores de calidad establecidos en la Resolución 256 de 2016. Asimismo, se implementaron planes de mejoramiento para los indicadores que no alcanzaron las metas y se socializaron los resultados en los comités de calidad, con el fin de apoyar la toma de decisiones y fortalecer los procesos institucionales

### PLAN DE ACCION

ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	AVANCE	PORCENTAJE DE AVANCE
1-Realizar funciones profesionales en el desarrollo de procesos y procedimientos relacionados con el cumplimiento del SOGCS	Verificar el cumplimiento de los estándares de Calidad relacionado con cada uno de los componentes del SOGCS, mediante la auditoria en cada una de la UBAS de la institución.	Cronograma de actividades para cumplimiento del desarrollo de cada uno de los componentes del SOGCS	100%

<p>2.- Elaborar el documento PAMEC y socializarlo con cada uno de los líderes de proceso, además realizar las auditorías pertinentes y evaluación de su cumplimiento.</p>	<p>Aplicando la ruta crítica para implementar y desarrollar el PAMEC, elaborar el documento, realizar el cronograma de actividades, y realizar las auditorías programadas en el PAMEC para su cumplimiento.</p>	<p>Documento PAMEC-2025 y Acto administrativo de autorización para el desarrollo del PAMEC-2025</p>	<p>100%</p>
<p>3.-Verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación (Autoevaluación) Resolución 3100 de 2019.</p>	<p>Realizar visitas de verificación a las diferentes UBAS de la institución, con el objetivo de realizar autoevaluación de los estándares de habilitación conforme a la Resolución 3100/2019.</p>	<p>Se realizaron 8 auditorías en diferentes procesos y UBAS para verificar condiciones de habilitación. Informes de Auditorías.</p>	<p>100%</p>
<p>4. - Verificar el funcionamiento y gestionar la mejora del sistema de información institucional</p>	<p>Verificar el funcionamiento adecuado y pertinente del sistema de información y general planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos, seguimiento a planes de mejoramiento, entre otras.</p>	<p>Tablero de monitorio mensual de los indicadores de Calidad y fichas técnicas del análisis del funcionamiento del sistema de información para la calidad.</p>	<p>100%</p>
<p>5. - Garantizar la aplicación de los lineamientos de seguridad del paciente.</p>	<p>Realizar rondas de seguridad para verificar la aplicación debida de los procedimientos de seguridad del paciente en cada una de las áreas. Seguimiento a eventos adversos y fallas de calidad en los procesos misionales</p>	<p>Actas de las rondas de seguridad del pacientes realizadas en las diferentes UBAS de la institución y los informes emitidos.</p>	<p>100%</p>
<p>6. - Realizar las novedades en el REPS</p>	<p>Según requerimientos de la Empresa</p>	<p>Plataforma REPS Actualizada</p>	<p>100%</p>

7.-Consolidar Plan de acción y operativos por procesos	Verificar el cargue de la información en la carpeta definida y el análisis desde el proceso de Planeación estratégica de la institución.	Plan de acción y plan operativos evaluado y desarrollado en la vigencia y el porcentaje de cumplimiento.	100%
8.-Acompañar y atender las auditorías externas realizadas por las EAPBS y entes de control, relacionadas con los procesos de Calidad.	Realizar el acompañamiento y atención a las diferentes EAPBS y entes de control, además de atender y ejecutar los planes de mejoramientos instaurados a la institución.	Actas de auditorías externas atendidas y desarrolladas en el 2025. En Todas se logró el nivel de calidad superior al 95% de cumplimiento.	100%
9.-Verificar la actualización y parametrización además del seguimiento a la adherencia de las guías de manejo asistenciales en medicina y odontología	Requiriendo a la auditora de cuentas medicas	Actas e informes de las reuniones de socialización con los profesionales asistenciales para actualización de GPC y acto administrativo de la vigencia.	100%
10.-Realizar supervisión al diligenciamiento de las hojas de vida de los equipos	Verificando cumplimiento de acuerdo a los requisitos de habilitación.	Inventario de equipos biomédicos actualizados a 2025 y cronograma de mantenimiento cumplido al 100% al final de la vigencia.	100%
11.-Realizar seguimiento a indicadores circular 256 y generar informes trimestrales a SSH y EAPBS.	Consolidando la información y remitirla o reportarlo dentro de los tiempos establecidos.	Reportes a entes de control MINISTERIO DE SALUD y SSDH realizados según periodicidad. Cumplimiento al 100%	100%
12. Plantear actividades de mejoramiento continuo de acuerdo a los hallazgos evidenciados en la autoevaluación de los estándares de Acreditación, conforme a políticas de la gerencia de la institución.	Conformar el comité de vigilancia y asesoría relacionada a los componentes del SOGCS, en especial para ejercer actividades de mejoramiento de la calidad de acuerdo a hallazgos y prioridades detectadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación.	Plan de mejoramiento instaurado en julio de 2025 y cerrado en diciembre de 2025 con un cumplimiento del 98%	100%

<p>13. Organizar la documentación pertinente según requerimientos del SUH para cada una de las UBAS, de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 3100/2019 y otras normas pertinentes.</p>	<p>Junto con los líderes de proceso, se debe organizar la documentación pertinente para cada una de las UBAS teniendo en cuenta los procesos y procedimientos y los requisitos de la Resolución 3100-2019.</p>	<p>Procesos prioritarios actualizados y estandarizados en el maestro de documentos institucional.</p>	<p>100%</p>
---	--	---	-------------

### 3. FINANCIERA:

En el proceso financiero se establecieron 7 actividades dentro del Plan de Acción y 28 dentro del Plan Operativo, estructurados en 5 componentes: presupuestal, contable, tesorería, facturación y cartera. Cada uno de estos componentes contó con su respectivo plan de acción para la vigencia 2025, logrando el cumplimiento del 100% de las acciones propuestas, lo que evidencia una gestión financiera organizada, eficaz y alineada con los objetivos institucionales, dentro de las actividades del área financiera no se logró el cumplimiento de 1 actividad ya que solo se realizó una audiencia de rendición de cuentas y la evaluación de desempeño fue realizada por el líder de TH.

**Contabilidad:** Las declaraciones e informes requeridos se han presentado de manera oportuna y, a la fecha, no existen reportes por la no entrega de información que representen un riesgo financiero o legal para la ESE. Los registros contables de las operaciones se han realizado respetando la norma de la acusación, y los libros oficiales de contabilidad se han generado sin complicaciones y dentro de los plazos establecidos. Se debe continuar gestionando para que el proceso contable esté debidamente documentado, medido y optimizado, con el fin de mejorar continuamente la calidad de la información procesada. No obstante, aún no ha finalizado el proceso de reconocimiento, depuración y conciliación de la propiedad, planta y equipo, debido al volumen de información que el responsable del almacén debe registrar en el módulo de activos fijos. Se prepararon y presentaron los estados financieros ante la Junta Directiva.

**Tesorería:** La custodia de los recursos se realiza conforme a lo establecido en los procedimientos internos. Los pagos de las obligaciones se ejecutan de acuerdo con la planeación definida bajo el liderazgo de la Subgerencia, mientras que la administración de la caja menor se lleva a cabo conforme al proceso establecido y a lo dispuesto en el Acto Administrativo vigente para cada período. El recaudo del efectivo proveniente de la facturación de servicios a usuarios particulares y de las cuotas moderadoras se realiza diariamente, aplicando los controles adecuados que aseguran la transparencia en su manejo. En el proceso de tesorería se mantiene un punto de control para el pago

de facturas y cuentas por pagar, verificando el cumplimiento de todos los soportes requeridos. Los registros asociados a tesorería se realizan oportunamente, garantizando información precisa y debidamente soportada mediante comprobantes de egreso.

**Facturación y cartera:** La facturación de los servicios prestados se realiza de manera oportuna, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los acuerdos establecidos entre las partes, garantizando la trazabilidad de todo el proceso, se actualizaron tarifas de acuerdo a lo contratado con cada una de las EAPB, La gestión del cobro se efectúa conforme a las facturas radicadas, incluyendo el seguimiento de los plazos de pago, la verificación de la correcta recepción de las facturas y la implementación de las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los pagos acordados, se debe seguir trabajando en la recuperación de la cartera, comunicación más efectiva con las EAPB que tienen facturas pendientes. Se verificó que las glosas o devoluciones hayan sido abonadas correctamente en el aplicativo, manteniendo la integridad de la información contable. La emisión de la facturación por Cápita y por Evento se desarrolla de acuerdo con los términos establecidos en los contratos suscritos con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Asimismo, se realiza un análisis detallado de cada cuenta, asegurando su correcta clasificación según el contrato correspondiente y considerando las particularidades de cada uno.

**Presupuesto:** La adecuada planeación y ejecución presupuestal han permitido optimizar los recursos disponibles, asegurando la continuidad de los servicios y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Gracias a la integración entre la planificación financiera, el control del flujo de caja y el seguimiento oportuno de los indicadores de gestión, la ESE fortalece su sostenibilidad económica y promueve una administración eficiente y transparente. Este enfoque integral garantiza que las decisiones financieras se tomen con criterios técnicos y estratégicos, favoreciendo el desarrollo de proyectos que aportan al bienestar de la comunidad.

#### PLAN DE ACCION

ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	AVANCE	PORCENTAJE DE AVANCE
Coordinar el proceso Financiero en sus cinco componentes presupuestal, contable, tesorería, cartera y facturación	Apoyando eficientemente a la Gerencia en la coordinación de este Proceso	Se realizó toda la planificación del proceso, teniendo en cuenta sus 5 componentes , especialmente lo que respecta al flujo de caja (Cronograma de informes)	100%

Supervisar y controlar el manejo de las cuentas bancarias de la entidad, tanto de recursos propios como convenios y subvenciones recibidas	Revisar los portales y cuentas bancarias y autorizar los pagos cargados por gestión de tesorería	Se cuenta con tokens como medida de seguridad para el ingreso a los portales bancarios, y se solicita autorización al líder antes de la realización de un pago	100%
Realizar la presentación oportuna y confiable de los informes a entes de control	Solicitando a cada área la información para consolidarla, verificarla y presentarla a los entes de control	Se realizó la presentación oportuna de todos los informes solicitados por los entes de control y la preparación para la rendición de cuentas	100%
Responder oportunamente los requerimientos realizados por los órganos de vigilancia y control	Solicitando información a cada dependencia y consolidando la información para contestar los requerimientos	Se respondieron a tiempo los requerimientos de los órganos de vigilancia y control, se cuenta con informes y actas de comités	100%
Revisar los documentos para órdenes de pago y verificar los descuentos a que haya lugar	Revisando cada uno de los documentos emitidos en la causación	Los soportes requeridos para los pagos realizados por servicios, por suministros realizados, han sido previamente revisados por el equipo financiero y se puede identificar plenamente los responsables de cada actividad.	100%
Realizar la supervisión de contratos	Realizando seguimiento permanente a los contratos	Se revisan cuentas de cobro y supervisa la ejecución de las obligaciones de los contratos	100%
Verificar la liquidación de nómina, pago de descuentos y autorizar el pago de las obligaciones laborales	Revisar mensualmente las liquidaciones de nómina generadas por gestión de talento humano, verificar descuentos y autorizar el pago de obligaciones	Mensualmente se verifica la liquidación de la nómina y los descuentos a los que haya lugar	100%

#### 4. GESTION ASISTENCIAL

Durante la vigencia 2025, el proceso asistencial logro el cumplimiento del 100% de las actividades propuestas dentro de su plan de acción, se realizó la supervisión de las diferentes Unidades Básicas de Atención de acuerdo con las guías y prácticas clínicas establecidas para la prestación de servicios de salud de baja complejidad, garantizando la calidad y efectividad en la atención. La programación de las agendas del personal de salud se efectúa de forma anticipada, considerando las condiciones necesarias para brindar un servicio seguro y oportuno a los pacientes. Asimismo, se mantiene actualizado el archivo de gestión asistencial y las comunicaciones internas, fortaleciendo la organización del servicio. El personal involucrado en los procesos recibe capacitación conforme al cronograma establecido, mientras que se verifica de

manera constante la coherencia, completitud y corrección de los datos enviados a las EPS y a la Secretaría de Salud, cumpliendo con los tiempos, formatos y normatividad vigente. Finalmente, en articulación con la líder del programa PYP, se elabora y presenta el informe correspondiente ante la Secretaría Departamental, realizando seguimiento a los compromisos en los comités pertinentes.

**PLAN DE ACION**

ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	AVANCE	PORCENTAJE DE AVANCE
Liderar el macroproceso misional en sus componentes de Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico, Salud y Bienestar, Unidades Básicas de Atención y Servicio Farmacéutico	Apoyando eficientemente a la Gerencia en la gestión de este macroproceso	La supervisión de las diferentes Unidades Básicas de Atención se realiza teniendo en cuenta las guías y prácticas clínicas establecidas para la prestación de servicios de salud de baja complejidad. Este proceso implica un seguimiento regular que busca asegurar la calidad y efectividad en la atención brindada	100%
Realizar la Agenda de profesionales en la Empresa, incluyendo la programación de turnos médicos en Belén	Programando las actividades asistenciales del personal profesional	La programación de la agenda para los profesionales del área de la salud se lleva a cabo de manera anticipada, considerando todas las circunstancias que puedan influir en la prestación de los servicios de salud. Este enfoque busca garantizar una atención segura y oportuna para los pacientes	100%
Mantener actualizado el archivo de la Gestión Asistencial (Circulares, Programación, Oficios Enviados, Oficios Recibidos y Quejas)	Archivando correctamente los documentos que produzca la Gestión Asistencial	Se mantiene actualizado el archivo de la gestión asistencial, Circulares: Comunicaciones internas relevantes para el funcionamiento y la organización del servicio.	100%
Liderar el Programa Control de la Lepra y la Tuberculosis	Programando, capacitando al personal asistencial, realizando búsqueda activa de pacientes e informando mensual y trimestralmente a la Secretaría de Salud Municipal	Se realiza capacitación según cronogramas de capacitaciones al personal involucrado en el proceso	100%

Revisar y firmar los informes del Laboratorio de Citologías	Supervisando la elaboración del informe enviado a las EPS, Secretaría de Salud Departamental y Control de Calidad por Patología	se realiza verificación de datos, que todos los datos sean coherentes, completos y correctos y se revisa y consolida la información que se envía a las Eps y secretaria de salud asegurando que se cumpla con tiempos de envío, formatos y normatividad vigente	100%
Revisar los informes del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Supervisando la elaboración del informe enviado a la Secretaría de Salud Departamental	Junto con la líder de PYP se realiza informe, el cual es enviado a la secretaria departamental y se realiza seguimiento en comité	100%

## 5. GESTION JURIDICA

Se evaluó el cumplimiento del plan de acción establecido para la vigencia 2025. Tras la verificación de cada una de las actividades programadas, se evidenció un cumplimiento del 100%, reflejando el compromiso del equipo responsable y la eficacia de las estrategias implementadas. Este resultado demuestra la adecuada gestión, seguimiento y control de las acciones propuestas, contribuyendo al fortalecimiento de los procesos institucionales y al logro de los objetivos organizacionales

### PLAN DE ACCION

ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	AVANCE	PORCENTAJE DE AVANCE
Realizar la planeación de las actividades del proceso.	Mediante el análisis de las acciones realizadas en la vigencia.	se llevó a cabo una planificación detallada de cada una de las actividades involucradas en este proceso	100%
Ejecutar los procesos de contratación de acuerdo a los lineamientos estipulados en el Manual de Contratación.	Aplicando la normatividad legal vigente de acuerdo al manual de Contratación y sus modificaciones	Se están llevando a cabo los procesos de contratación en estricta conformidad con los lineamientos establecidos en el Manual de Contratación. Esto asegura que todas las actividades se realicen de manera ordenada y eficiente, cumpliendo con las normativas y procedimientos requeridos	100%
Adelantar el proceso de defensa jurídica	Representar a la entidad en los procesos judiciales en los que funja como demandante o demandada, de acuerdo a los poderes otorgados por la gerencia	Se trabaja de la mano con os asesores externos en la representación judicial, se elabora matriz con los estados de los procesos	100%

Apoyo al proceso de Contratación de EAPB	Cuando exista la necesidad del servicio, se asesorará.	La liquidación de los contratos por servicios de salud se lleva a cabo una vez se concreta el acuerdo con la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB).	100%
Generar y rendir los informes	Realizar los informes de acuerdo a los requerimientos de los diferentes entes de control	Según solicitud se realiza los informes solicitados por los entes de control, toda la información de la contratación se encuentra en la oficina jurídica para consulta	100%

## 6. GESTION DEL TALENTO HUMANO

Durante la vigencia 2025, el proceso de Gestión del Talento Humano cumplió satisfactoriamente con la mayor parte de las actividades programadas (16/17), alcanzando un 94% de cumplimiento. Todas las acciones planificadas fueron desarrolladas conforme a lo establecido, dando especial prioridad a aquellas actividades transversales que, por la naturaleza dinámica del proceso, requerían mayor atención y garantía en la calidad de su ejecución. En cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación, se ejecutaron las actividades conforme a los requerimientos establecidos por cada líder de proceso. De igual manera, en lo correspondiente al proceso de Gestión del Talento Humano, se priorizaron cuatro (4) actividades transversales, desarrolladas gracias a la alianza estratégica con la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP). Estas sesiones se centraron en temáticas relacionadas *con* Gobernanza para la Paz, Contratación Pública y Supervisión de Contratos, Valor Público, Ética y Transparencia.

Asimismo, se logró retomar el componente del Código de Integridad, mediante la realización de diversas actividades apoyadas por estudiantes del programa de Psicología de la UNAD. Se efectuó el acompañamiento al procedimiento de Evaluación del Desempeño Laboral (EDL), cumpliendo con los plazos establecidos. Se brindó apoyo permanente a las acciones programadas por el Comité de Bienestar Social, desempeñando la función de secretaría, elaborando los respectivos informes de supervisión y consolidando las actas de cada reunión.

### PLAN DE ACCION

ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	AVANCE	PORCENTAJE DE AVANCE
-------------	------------------	--------	----------------------

Realizar la planeación estratégica del proceso de GTH en concordancia con lo establecido en MIPG, en la normatividad vigente y en las políticas institucionales.	Elaborando y/o actualizando los planes, programas, proyectos y políticas de GTH.	Durante los primeros días del mes de enero se actualizaron los planes estratégicos de GTH y fueron publicados en página Web. institucional en el menú de transparencia <a href="https://esesansebastianlph.gov.co/planes-institucionales/">https://esesansebastianlph.gov.co/planes-institucionales/</a>	100%
Liderar la verificación del cumplimiento de cada uno de los procedimientos correspondientes al proceso de GTH.	Estableciendo e implementando los diferentes procedimientos de GTH.	Se revisó y ajusto el proceso y los procedimientos del GTH, se consolidaron 1 proceso y 24, procedimientos. Se verifica que las actividades desarrolladas en el proceso estén de acuerdo a lo programado en el POA	100%
Gestionar y resolver todas las situaciones administrativas de personal.	Atendiendo los requerimientos del talento humano de la institución y los entes externos involucrados con la entidad.	Se atendieron y resolvieron las diferentes situaciones administrativas que se presentaron dentro de los términos establecidos.	100%
Apoyar y aplicar los lineamientos definidos en el programa de bienestar social y conforme a las competencias.	Participando y liderando las acciones definidas por el comité.	Se ajustó y presento al comité de bienestar social y estímulos el programa para la vigencia 2025, se realiza las funciones como secretario en todas las reuniones convocadas por el comité	100%
Liderar y supervisar la gestión documental del proceso.	Manteniendo actualizadas las plataformas, bases de datos y toda la documentación de talento humano.	Se direcciona y orienta a las compañeras del equipo, consolidar la gestión documental conforme a orientación de las líderes de proceso de gestión documental	100%
Participar y apoyar a los Comités institucionales relacionados con el proceso.	Supervisando que los Comités estén conformados y activos.	Se consolida toda la información relacionada con el comité de bienestar	100%
Gestionar la información en el <b>SIGEP</b>	Siguiendo los lineamientos de la Función pública	Se realizó actualización de todas las hojas de vida en SIGEP, se verifico el correcto cargue de documentos	100%
Gestionar la información del personal en la plataforma de la CNSC. (RPCA)-OPEC.	Verificando situaciones administrativas y ajustar en la plataforma	Se tiene actualizada la información de la OPEC, se han presentado dificultades en lo relacionada con el RPCA, es dispendioso el manejo de la información y difícil el acceso a la plataforma	90%

Apoyar la EDL, en lo de la competencia.	Direccionando el hacer administrativo	Se realiza la EDL, conforme a los criterios establecidos en acuerdo 617 de 2018, donde todos los funcionarios evaluados obtuvieron calificación sobre 100	100%
Verificar que los certificados electrónicos de tiempo laborado estén ajustados a la historia laboral de cada funcionario (CETIL)	Respondiendo a tiempo los requerimientos de los usuarios	Se verifica, ajusta y expiden los certificados electrónicos conforme a requerimientos.	100%
Verificar el reporte del informe de PASIVOCOL, relacionado con el personal de planta conforme a lo solicitado por el ente público.	Aplicar en la plataforma conforme a lineamientos específicos.	No ha sido posible la comunicación con el referente de la plataforma PAVISCOL, pendiente por resolver.	0%
Mantener actualizada la información relacionada con la planta de personal de la institución	Revisando las novedades de personal	Se revisa y ajusta las novedades de personal, se elabora y consolida información de recurso humano, para cargar en la plataforma del SIHO.	100%
Apoyar y aplicar los lineamientos definidos en el programa de bienestar social y conforme a las competencias.	Participando en las reuniones del comité como secretario.	Se realizan las actividades del comité de bienestar conforme a las directrices definidas en el programa y conforme a las discusiones y decisiones del comité.	100%
Garantizar que los documentos que genere el proceso cumplan con los requisitos del programa de gestión documental y TRD.	Realizando las transferencias conforme lo determinan las TRD.	Se direcciona y orienta a las compañeras del equipo, consolidar la gestión documental para realizar las transferencias según TRD.	100%
Realizar seguimiento a los hallazgos de la medición de clima laboral	Aplicando los instrumentos pertinentes	Se realizó seguimiento al plan de mejora durante la vigencia 2025 el cual sigue activo	100%
Realizar el autodiagnóstico de la GETH, para consolidar plan operativo en los componentes que tienen calificación baja.		Se realizó la matriz de autodiagnóstico, obteniendo un puntaje 82.1% del avance del proceso. No obstante, se continúa trabajando para alcanzar el 100% de cumplimiento, ya que se identificaron algunas brechas que requieren ser ajustadas y fortalecidas para garantizar la mejora continua del proceso.	100%
Apoyar a la comisión de personal, como secretario y participar en las reuniones del Comité de Bienestar social según convocatoria.	Prestando el apoyo requerido y pertinente como secretario en los dos comités.	Se consolido la conformación de la comisión de personal, se las ha requerido para que funcionen conforme a lo normado pero ha sido muy difícil	100%

Teniendo en cuenta el seguimiento y evaluación realizado por la oficina de control interno a cada uno de los planes de acción de los procesos, se presenta el resultado general de la evaluación por dependencias o proceso correspondiente a la vigencia

2025, no se realizó seguimiento al proceso de gestión de la información ya que al momento de la auditoria se evidencio que no se había realizado la actualización del plan de acción para la vigencia 2025, el cual genero un hallazgo y plan de mejoramiento.

<b>CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCION 2025</b>			
<b>PROCESO</b>	<b>METAS ANUAL</b>	<b>METAS CUMPLIDAS</b>	<b>PORCENAJE DE CUMPLIMIENTO</b>
PLANEACION	15	14	93.33%
CALIDAD	13	13	100%
FINANCIERA	7	6	86%
GESTION ASISTENCIAL	6	6	100%
GESTION DE LA INFORMACION	-	-	-
GESTION JURIDICA	5	5	100%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	17	16	94%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>95.23%</b>

En la tabla anterior se evidencia el resultado de cada proceso de la ESE San Sebastián, el cual arrojo un nivel de cumplimiento satisfactorio, con un porcentaje de cumplimiento de 95% para la vigencia 2025.

### **CONCLUSIÓN:**

El plan de acción de la ESE, presenta un nivel de cumplimiento del 95%, lo que refleja un alto grado de compromiso y efectividad en la implementación de las actividades programadas. No obstante, se identificaron algunas deficiencias en el sistema de información, principalmente relacionadas con la ausencia de interfaces entre los módulos, lo que obliga a realizar ciertos procesos de manera manual. Esta situación genera una mayor carga operativa y puede afectar la eficiencia en la consolidación y presentación de los informes. Aun así, los esfuerzos del equipo han permitido mantener la razonabilidad y utilidad de la información para la gestión institucional, demostrando una adecuada capacidad de respuesta y mejora continua en los procesos administrativos y asistenciales.

### **RECOMENDACIONES:**

- Fortalecer el sistema de información institucional mediante la implementación de interfaces que integren los diferentes módulos, reduciendo la necesidad de realizar procesos manuales.
- Gestionar con el ingeniero encargado del software la actualización tecnológica y el soporte técnico continuo para optimizar la generación de informes y el análisis

de datos, y así garantizar la confiabilidad de la información procesada en el programa.

- Promover espacios de capacitación para el personal encargado de la gestión de datos y el manejo de los sistemas informáticos.
- Realizar seguimiento periódico al cumplimiento del plan de acción, con el fin de identificar oportunamente oportunidades de mejora y garantizar la sostenibilidad de los resultados alcanzados.
- Mantener la cultura de mejora continua y trabajo colaborativo entre las diferentes áreas, fortaleciendo la gestión institucional

AMALFI STELLA CASTIBLANCO MUÑOZ  
Contratista Control Interno