

103-25-38-016-2026

La Plata Huila, 17 de abril de 2026

INFORME DE AUDITORÍA PLAN DE GESTIÓN

Objetivo:

- Verificar el cumplimiento del Plan de Gestión 2025

ALCANCE:

La auditoría interna se realizará por el líder de control interno en coordinación con el líder de planeación, durante el periodo comprendido entre el 15 de abril de 2026 al 17 de abril de 2026, para verificar el cumplimiento del Plan de Gestión establecido por la actual administración para las vigencias 2024-2027.

METODOLOGÍA:

La técnica utilizada para el desarrollo de la auditoría interna fue la observación al documento GGE – PGG- 117 denominado Plan de Gestión Gerencial 2024 – 2027, la recopilación de información y evidencias facilitadas por parte de los líderes de los procesos, para verificar el cumplimiento al 31 de diciembre de 2025, mediante la revisión de los soportes que amparan las acciones realizadas.

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, se efectúa auditoría a la ejecución del Plan de Gestión establecido para el periodo 2024 – 2027, encontrando las siguientes novedades:

El Plan de Gestión Gerencial de la ESE San Sebastián ha priorizado la mejora continua de la calidad en todos sus procesos y en la prestación de servicios, junto con la preparación para acreditación, sostenibilidad financiera y la presentación oportuna de informes a entes de control y vigilancia, garantizando la transparencia y rendición de cuentas. Desde las líneas de defensa institucional, se deben implementar acciones concretas para robustecer el Sistema de Control Interno, lo que implica la actualización constante de manuales, procesos, procedimientos y programas. En el mes de enero de 2026, se actualizaron todos los planes y programas y se publicaron en la página web institucional, con el fin de optimizar la operatividad de colaboradores y contratistas, y

Carrera 4 No. 9-103, Celular 3132925130

esesansebastianlph.gov.co

esesansebastianlph@esesansebastianlph.gov.co

brindar una atención segura y de alta calidad a los usuarios, alineada con los objetivos estratégicos de la entidad, se debe continuar trabajando en la actualización de los manuales, procesos y procedimientos para sostener el avance.

Para el cierre del 2025, no se identificaron hallazgos críticos que amenacen la estabilidad financiera de la ESE San Sebastián; sin embargo, es necesario mantener un seguimiento riguroso del cumplimiento de los indicadores pactados con las Empresas Administradoras de los Beneficios en Salud (EABP), conforme a los ciclos de vida definidos en la Resolución 3280 de 2018, dado que no se está cumpliendo con los compromisos establecidos. Esto implica monitorear de cerca la gestión contractual, la facturación y cartera derivada de la venta de servicios, así como atender las demandas legales para lograr asegurar la continuidad del negocio y mitigación de riesgos.

La efectividad en la auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud PAMEC, se ha venido desarrollando acorde a lo establecido en la Resolución 1328 de 2021. Realizando el proceso de preparación para el sistema único de acreditación para la vigencia 2025 se obtuvo un valor acumulado de 3.23, se obtiene un resultado comparativo que se incrementó en esta vigencia en 0.10 evidenciando que se debe reforzar acciones en el despliegue del cliente externo mejorar los procesos de humanización en la prestación de servicios de salud.

CUADRO COMPARATIVO AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025

Estandares.	# Estandares	Calificación	# Estándares	Calificación	INCREMENTO	# Estandares	Calificación	INCREMENTO	# Estándares	Calificación	INCREMENTO	Calificación	INCREMENTO
	2021	2021	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2024	2024	2024	2025	2025
Atencion cliente Asistencial	75	1.97	94	3.03	1.06	94	3.20	0.17	94	3.20	0.00	3.25	0.05
Direccionamiento	13	2.12	17	2.52	0.4	17	3.06	0.54	17	3.09	0.03	3.22	0.13
Gerencia	15	2.61	20	3.08	0.47	20	3.20	0.12	20	3.24	0.04	3.29	0.05
RRHH	16	1.83	18	3.13	1.3	18	3.23	0.10	18	3.38	0.15	3.44	0.06
Gerencia ambiente fisico	11	1.99	13	3.03	1.04	13	3.13	0.10	13	3.16	0.03	3.39	0.23
Gestión de la tecnología	10	1.83	11	2.73	0.9	11	2.73	0.00	11	2.74	0.01	2.88	0.14
Gerencia de la informacion	14	2.25	17	2.94	0.69	17	2.95	0.01	17	2.98	0.03	2.99	0.01
Mejoramiento de la Calidad	5	2.06	5	3.10	1.04	5	3.20	0.10	5	3.28	0.08	3.34	0.06
Promedio General	159	2.08	195	2.95	0.865	195	3.09	1.14	195	3.13	0.37	3.23	0.10

Fuente: Gestión de calidad

De las actividades programadas (30) dentro del programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), fortalecimiento y seguimiento de los procesos institucionales se logró un cumplimiento del 98.33%, lo que refleja un cumplimiento casi total propuesto en el indicador, solo quedo pendiente la actividad de los consentimientos informados ya que no se pueden integrar a la historia clínica digital, lo que limita la trazabilidad y eficiencia del proceso.

Carrera 4 No. 9-103, Celular 3132925130

esesansebastianlph.gov.co

esesansebastianlph@esesansebastianlph.gov.co

- La meta fijada para el cumplimiento de la gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, se fijó en $> o = 0.90$. Durante la auditoría realizada, se pudo verificar que se logró un cumplimiento del 99.47% equivalente a las actividades programadas y ejecutadas dentro del plan operativo anual.

EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2025		
PROCESO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Gestión Asistencial	20	20
Control Interno	28	28
Gestión financiera	28	28
Gestión documental	8	8
Gestión de calidad	31	31
Gestión de planeación	12	12
Gestión Jurídica	7	7
Gestión de atención al usuario	24	24
Gestión de talento humano	24	24
G. PYP	18	16
G. Laboratorio clínico	13	13
SGSST	27	27
Gestión Ambiente físico	15	15
Facturación	19	19
Gestión de auditoria médica	15	15
Gestión y administración de bienes	17	17
Gestión de mercadeo y venta de servicios	6	6
PIC	25	25
Salud Oral	15	15
Farmacia	23	23
TOTAL	375	373
% EJECUCION	99,47%	

Indicador	Estado	Observación
Riesgo Fiscal y Financiero	Riesgo bajo	Al cierre del 31 de diciembre de 2025, la ESE mantiene un riesgo financiero bajo, según los indicadores proyectados por el proceso contable. Sin embargo, resulta esencial mantener un control riguroso del cumplimiento de los indicadores pactados con la EAPB, tal como lo define la resolución 3280 de 2018. Ya que los ingresos generados por la prestación de servicios de salud, no fueron suficientes para cubrir la totalidad de los costos de operación, los gastos administrativos, cargos de amortizaciones, depreciación y deterioro de activos. Si bien en el 2025 se registró un resultado neto positivo fue por el incremento significativo en transferencias y subvenciones, mas no por la mejora en rentabilidad de la operación misional, obligando a la ESE a apalancarse con recursos externos. Paralelamente, se deben implementar acciones dirigidas a potencializar la comercialización de servicios, optimizar la recuperación de ingresos por ventas y sanear la cartera de ejercicios previos. Gracias al seguimiento que se realiza a los gastos (austeridad del gasto) alineado con las metas establecidas, se ha logrado mantener un control sobre los gastos asociados al cumplimiento de las diferentes actividades dentro del plan institucional.
Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo Producida UVR	Viene disminuyendo	Se estableció una meta de <0.90 en el indicador, los resultados finales mostraron una evolución decreciente a lo largo del periodo, lo que refleja mejora en la eficiencia operativa inicial, sin embargo pese a superar número de actividades

		planeadas el indicador final se ubicó en 1.08 por encima de la meta establecida, esta desviación puede explicarse porque los gastos operativos igualaron la inversión realizada lo que neutralizo cualquier retorno positivo y evito generar beneficios económicos adicionales , destacando la necesidad de optimizar costos para potenciar la rentabilidad futura.
Proporción de medicamentos y material médico – quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, compras a través de cooperativas, compras a través de mecanismos electrónicos	No aplica.	La naturaleza jurídica de la ESE (derecho privado) y la falta de esquemas asociativos locales para compras médicas hacen que este indicador de eficiencia en adquisiciones no sea aplicable al caso, sin perjuicio de su eventual implementación voluntaria.
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta, contratación de servicios.	Cumple	La revisión contable y auditoría fiscal confirman que la entidad cumplió con todos sus compromisos laborales, sin moras en pagos salariales o contractuales. Esto evidencia una gestión financiera responsable
Utilización de los información de Registro individual de prestación de servicios RIPS	Cumple	De acuerdo con las actas de presentación de RIPS durante los 4 trimestres del 2025 se presentó cada uno de los informes de manera oportuna, lo que se constituyó como un insumo estratégico para la toma de decisiones operativas y el fortalecimiento de las relaciones comerciales con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Este sistema permite optimizar la gestión de producción y garantizar la transparencia en los procesos de articulación institucional
Resultado de equilibrio presupuestal con	Cumple es ≤ 1	Al cierre de 2025, la ESE alcanzo equilibrio presupuestal mediante el

Recaudo		recaudo, al contrastar los ingresos obtenidos con los gastos comprometidos. Aunque se cumplió con el indicador establecido, es necesario continuar trabajando en esta área, ya que parte del recurso provienen de transferencias y subvenciones, y no por venta de servicios, esto podría comprometer a futuro la sostenibilidad operativa de la institución.
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Norma que la Sustituya.	No Cumple	La entidad no presentó oportunamente la información en cumplimiento de la circular única porque la fecha de presentación recayó un domingo y el informe se presentó al siguiente día hábil, lo que generó un retraso en la entrega de información y por ende la no presentación oportuna.
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo Sustituya.	Cumple	La ESE cumplió con la presentación oportuna de los cuatro informes reglamentarios establecidos en la sección 2, capítulo 8, título 3 del Decreto 2193 de 2004 ante el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los plazos establecidos en el cronograma normativo institucional
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	No Cumple	El desempeño real no alcanza el estándar mínimo operativo > 85%, registrando solo un 79.81% en la ejecución de procesos clave, lo que expone riesgos en la calidad de la atención primaria y el cumplimiento de programas preventivos. Incluyendo retrasos en la detección temprana de enfermedades y menor cumplimiento de programas.

Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Cumple	Conforme a los registros validados por la Auditoría Médica, no se reportaron casos de sífilis congénita en nacidos vivos durante la vigencia 2025, cumpliendo integralmente con la meta establecida de 0 casos. Este resultado evidencia la efectividad de los protocolos de tamizaje prenatal, el seguimiento a gestantes con diagnóstico de sífilis.
Evaluación de aplicación de guía de manejo específico: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva.	cumple	Según las actas del Comité de Historias Clínicas, la ESE alcanzó un cumplimiento del 93.95% en la aplicación de su Guía de Atención para Enfermedad Hipertensiva, superando la meta establecida del >90%
Evaluación de aplicación de guía de manejo y crecimiento y desarrollo	cumple	Según actas del Comité de Historias clínicas, La revisión documental confirma que la ESE aplica sistemáticamente su guía de crecimiento y desarrollo, con un porcentaje de 96.08% superior a la meta de $\geq 0,80$ garantizando la detección temprana de alteraciones y el fortalecimiento de prácticas de crianza, conforme a los programas nacionales de seguimiento infantil.
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	cumple	El análisis de los registros de la UBA de Belén evidencia cumplimiento del indicador de reingresos a urgencias, con porcentaje de 0.013% casos reportados frente a un estándar propuesto de <0.03, según los parámetros definidos por la auditoría médica.
Oportunidad promedio en la atención consulta medica general	cumple	De acuerdo con los reportes del líder de sistemas y Call center, el tiempo promedio de asignación de citas de medicina general es de 2.062 días, cumpliendo con el estándar regulatorio (máximo 3 días hábiles según Resolución 1552 de 2013 y superando la meta institucional establecida en <3 días. Este resultado

		evidencia la eficiencia operativa en la gestión de agendas y el uso de sistemas de información especializados, tal como exige la normativa
--	--	--

Se continúa trabajando de manera articulada y coordinada con cada uno de los procesos institucionales, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos que benefician a los usuarios mediante la prestación de servicios con calidad, oportunidad, trato humanizado y seguridad en la atención. En la escala de resultados se obtuvo una puntuación de 4.04 con un porcentaje del 81% clasificándolo como satisfactorio.

ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO DE CALIFICACIÓN (0,0-50)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49)	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70%
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5.0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%

CUMPLIMIENTO PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL		
RANGO DE CALIFICACIÓN (0,0-50)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
PUNTAJE TOTAL ESE.	SATISFACTORIO	81%
4.04		

Desde el punto de vista de inversión para la dotación, mejoramiento de la infraestructura, adecuación de las diferentes UBAS la actual administración gestionó recursos importantes, como se puede evidenciar en las siguientes tablas:

ITEM	NOMBRE DE PROYECTO	VALOR	FUENTE DE FINANCIACION	ESTADO
1	DOTACION DE EQUIPO HOSPITALARIO PARA LAS UNIDADES BASICAS DE ATENCION DE LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA	\$ 1,566,362,976	MIN SALUD	PRESENTADO POR CORREGIR
2	AMPLIACION DE INFRAESTRUCTURA PARA LA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE BELEN DE LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA	\$ 1,500,000,000	MIN SALUD	REGISTRADO EN EL APLICATIVO DEL PLAN BIENAL
3	ADECUACION DE REDES ELECTRICAS DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION CAMILO TORRES DE LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA	\$ 400,000,000	MIN SALUD	REGISTRADO EN EL APLICATIVO DEL PLAN BIENAL
4	DOTACION DE UN VEHICULO PARA EL TRANSPORTE DE EQUIPOS BASICOS	\$ 215,000,000	GOBERNACION HUILA SSD	SE PRESENTO A LA SSD
5	ADECUACION MENOR DE UNIDAD BASICA DE ATENCION DE SAN ANDRES PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA	\$ 46,316,345	MIN SALUD	PRESENTADO
6	ADECUACION MENOR DE UNIDAD BASICA DE ATENCION DE SAN VICENTE PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA	\$ 29,590,844	MIN SALUD	PRESENTADO
7	ADECUACION MENOR DE UNIDAD BASICA DE ATENCION DE SAN MIGUEL PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA	\$ 29,876,907	MIN SALUD	PRESENTADO
8	ADECUACION MENOR DE UNIDAD BASICA DE ATENCION DE SANTA LETICIA PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA	\$ 444,543,490	MIN SALUD	PRESENTADO
9	ADECUACION MENOR DE UNIDAD BASICA DE ATENCION DE MONSERRATE PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA	\$ 27,307,777	MIN SALUD	PRESENTADO
10	ADECUACION MENOR DE UNIDAD BASICA DE ATENCION DE VILLA LOSADA PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA	\$ 29,714,074	MIN SALUD	PRESENTADO
11	ADECUACION MENOR DE UNIDAD BASICA DE ATENCION DE GALLEGO PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA	\$ 56,305,009	MIN SALUD	PRESENTADO
12	ADECUACION MENOR DE UNIDAD BASICA DE ATENCION DE BELEN PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA	\$ 80,860,555	MIN SALUD	PRESENTADO
13	ADECUACION ELÉCTRICA HACIA ENERGIA SOLAR DE LA SEDE PRINCIPAL DE LA E.S.E. SAN SEBASTIÁN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 675,584,000	MIN SALUD	EN AJUSTES

La gestión de proyectos representa una excelente oportunidad para mejorar tanto la calidad como la oportunidad de los servicios prestados, así como para optimizar el ambiente laboral de los trabajadores y contratistas, durante la vigencia 2025 se logró la adjudicación y desembolso de los recursos para la compra de las 3 camionetas, para los equipos básico en salud, representando un gran logro para la ESE y evidenciando la gestión que se viene realizando desde la gerencia para el cumplimiento de objetivos .

Desde la segunda y tercera línea de defensa durante la ejecución de las auditorías internas, se evidenciaron aspectos que son objeto de mejora como:

- Mejorar el canal de comunicación con la comunidad es fundamental para informar oportunamente sobre fallas en los canales de citas implementados, evitando el inconformismo y las quejas recurrentes por parte de los usuarios, fomentando la confianza y adherencia a los servicios de salud.

- El proceso de gestión de cartera requiere fortalecimiento, ya que pese a las mejoras implementadas, persiste una brecha significativa en la cartera de difícil cobro, que puede incrementar el riesgo financiero y afectar la liquidez de la entidad.
- Es fundamental establecer estrategias efectivas para mejorar los indicadores concertados con las EAPB en materia de promoción y mantenimiento de la salud, conforme a lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018 y los Acuerdos de Voluntades establecidos. Ya que se evidencia que las que se han adoptado no han tenido un impacto positivo sobre estos, lo que implica un compromiso más activo por parte de los líderes de los procesos involucrados, realizando seguimiento mensual donde se pueda anticipar posibles deficiencias en los procesos.

CONCLUSIÓN:

Con base en la evaluación realizada al plan de gestión gerencial de la ESE para la vigencia 2025, se concluye que la entidad presenta aun cumplimiento satisfactorio evidenciado en una calificación de 4.04 equivalente al 81%, así como una ejecución del 99.47% del plan operativo anual, estos resultados reflejan un avance importante en la gestión institucional, el fortalecimiento de los procesos asistenciales, administrativos y financieros y el compromiso de la mejora continua, la transparencia y la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad y humanización.

No obstante se identificaron oportunidades de mejora que requieren seguimiento prioritario, especialmente en la actualización permanente de manuales, procesos y procedimientos, el fortalecimiento del control interno institucional, el cumplimiento oportuno de reportes regulatorios, la mejora en la captación temprana de gestantes y la optimización de la rentabilidad operativa, para reducir la dependencia de recursos externos, se debe avanzar en la gestión de cartera, financiera con el fin de asegurar la sostenibilidad institucional y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

RECOMENDACIONES:

- Actualizar manuales, procesos, procedimientos y programas institucionales asegurando su alineación con los objetivos estratégicos.
- Fortalecer el liderazgo y el compromiso institucional para impulsar la participación activa de los líderes en la implementación y seguimiento de las estrategias, asegurando que asuman un rol proactivo y ejemplar en el cumplimiento de los objetivos.

- Continuar con el fortalecimiento del PAMEC y los procesos de humanización en la atención, priorizando el relacionamiento con el usuario, la experiencia de atención.
- Establecer y mantener canales de comunicación claros y accesibles con la comunidad, los usuarios y los funcionarios, para informar oportunamente sobre los servicios, horarios y procesos.
- Implementar y Adoptar prácticas eficientes para la gestión de cartera, que permitan mejorar el flujo de caja y el cumplimiento oportuno de las obligaciones financieras, garantizando la sostenibilidad institucional.
- Realizar seguimiento constante a los indicadores concertados con las EAPB, identificando oportunidades de mejora y ajustando las estrategias según los resultados obtenidos.
- Sostener la articulación entre las líneas de defensa institucional, para asegurar que los hallazgos de auditoria se traduzcan en acciones concretas verificables dentro de los planes de mejoramiento

Original firmado
AMALFI STELLA CASTIBLANCO M.
Contratista Control Interno

Original firmado
CRSTHIAN VALENZUELA
Líder de Planeación