

103-25-38-029-2026

La Plata, 11 de agosto de 2026

INFORME DE AUDITORÍA PROCESO DE PLANEACIÓN

Objetivo:

- Verificar las acciones realizadas en el proceso de planeación para el cumplimiento de los objetivos definidos para la atención de usuarios en la ESE San Sebastián.

ALCANCE:

La auditoría interna se realizará por parte del asesor de control interno, durante el periodo comprendido entre el 05 de agosto y 11 de agosto de 2026, en las instalaciones de la ESE San Sebastián para emitir el respectivo informe relacionado con la ejecución de las actividades realizadas para el cumplimiento de los objetivos definidos para la atención de los usuarios en la ESE San Sebastián.

METODOLOGÍA:

La técnica utilizada para el desarrollo de la auditoría interna será observación del Proceso de planeación y los soportes que evidencian la materialización de la labor realizada.

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA:

En virtud de las competencias de Control Interno, establecida en la CP, Ley 87 de 1993 y Decreto 1499 de 2017 y de lo acordado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se efectuó auditoría al proceso de Planeación, encontrando las siguientes novedades:

- Para la ejecución de las actividades en el proceso de Planeación, se consideró el proceso de planeación GPC-C-FO-01, el Manual documento número GCA-MPL-03 versión 2 del 2024.
- Durante el primer semestre del 2026, la entidad realizó el reporte de gestión mediante el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG), herramienta en línea dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública para recopilar información sobre la gestión institucional, la implementación de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Carrera 4 No. 9-103 celular 3132925130

<http://www.esesansebastianlph.gov.co>

esesansebastianlph@esesansebastianlph.gov.co

(MIPG) y el avance del Sistema de Control Interno. De acuerdo con la comparación realizada frente a los resultados de la vigencia 2024, el Índice de Desempeño Institucional (IDI) presentó un incremento de 17,8 puntos, resultado que evidencia avances significativos en el fortalecimiento de la gestión institucional y en la ejecución de acciones orientadas al mejoramiento continuo de las dimensiones y políticas evaluadas.

- Se llevó a cabo el comité de gestión y desempeño el 15 de julio de 2026, durante el cual se socializaron los resultados del FURAG y se emitieron recomendaciones para cada una de las políticas que lo conforman, con el objetivo de seguir promoviendo la mejora continua.



- Los mayores avances se registraron en las dimensiones D6, con un aumento de 39,3 puntos (de 29,1 a 68,4), y D5, con 24,2 puntos (de 51,9 a 76,1), lo que refleja un fortalecimiento de las áreas con menor desempeño en la vigencia anterior. No obstante, la dimensión D3 (Gestión para Resultados) se mantiene como la de menor puntaje, con 65,0 puntos, por lo que se recomienda priorizar acciones de mejora orientadas a la articulación entre planeación y resultados, el seguimiento a metas e indicadores y el uso de la información para la toma de decisiones.

	2024	2025	Variación
D1	67	87,6	20,6
D2	72,4	90,6	18,2
D3	52,7	65	12,3
D4	53	68,4	15,4
D5	51,9	76,1	24,2
D6	29,1	68,4	39,3
D7	79,4	89,9	10,5

Se debe continuar fortaleciendo el trabajo articulado entre los diferentes procesos y líderes de proceso de la ESE San Sebastián, de manera que el compromiso institucional se traduzca en mejoras sostenidas en aquellas dimensiones que, si bien avanzaron frente a la vigencia 2024, aún presentan las puntuaciones más bajas dentro de la Medición de Desempeño Institucional, en particular la Dimensión D3 (Gestión para Resultados), con 65,0 puntos, y la Dimensión D6, que aunque tuvo el mayor incremento (39,3 puntos), partió del puntaje más bajo (29,1) y alcanzó apenas 68,4 puntos en 2025. Para ello, es fundamental que las áreas responsables trabajen de manera coordinada y en equipo, con seguimiento periódico a los planes de mejoramiento, definición clara de responsables y tiempos, y socialización constante de los resultados al interior de la entidad, de forma que el compromiso no se limite a una sola dependencia, sino que se convierta en un esfuerzo colectivo orientado a consolidar los avances alcanzados y a cerrar las brechas identificadas en las políticas del MIPG asociadas a dichas dimensiones.

El proceso de planeación realizó reuniones con los líderes de las políticas transversales, entre ellas la de gestión documental. Como parte de este proceso, el 12 de marzo de 2026 se llevó a cabo el Comité de Gestión y Desempeño, espacio en el que se socializó con los líderes responsables de cada dimensión el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión (FURAG), con el fin de garantizar la consistencia, la trazabilidad y la calidad de la información que se iba a reportar.

		ESE SAN SEBASTIAN LA PLATA, HUILA NIT. 813.002.872-4 ACTA GENERAL		CODIGO GPC-FB-142 VERSION 2010 F. APROBACION 2010 PAGINA 1 de 1	
REVISIÓN PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL					
ACTA 05 Fecha: _____ Lugar: _____ Asistentes: _____ Objetivo: _____ Orden del día: 1. Revisión de manual, proceso, procedimientos y plan de acción de gestión documental. 2. Identificar las necesidades y oportunidades de mejora. 3. Propuestas y compromisos.		Día: 28 MES: 08 AÑO: 2026 HORA DE: 9:30 AM LIDER GESTIÓN DOCUMENTAL: LAURA VEGA APOYO GESTIÓN DOCUMENTAL: OLGA JUDITH VARGAS LIDER DE PLANEACIÓN: CRISTIAN ORLANDO VALENZUELA DIAZ Realizar seguimiento al proceso de Gestión documental			
Resultado y Compromisos:		1. La líder Laura Vega, presenta el manual del proceso de gestión documental donde ha realizado varios ajustes al anterior, incluyendo normatividad, glosario, diagramas de acuerdo a la normatividad vigente, se sugiere terminar ajustando el documento en su forma, de igual manera se revisaron los procedimientos y se ajustaron a lo que se está realizando en el momento, adicionando algunas actividades que no estaban plasmadas y corroborando los riesgos identificados. 2. Se identificó que se requieren hacer algunos ajustes a la forma de los documentos como la tabla de contenido y complementar algunos incisos. De igual manera se realizó seguimiento al plan de acción donde hacen falta algunas actividades por ejecutar como la transferencia y ubicación de documentos, la líder manifiesta que no cuenta con material y espacio suficiente en el archivo central. 3. La líder se compromete a terminar de actualizar los documentos propios del proceso como son (manual del proceso, los procedimientos) para posteriormente sean enviados a la líder de calidad para su revisión y formalización en el sistema de gestión. En cuanto a la necesidad de materiales y espacio, se planteará al gerente nuevamente la necesidad para poder continuar con el normal desarrollo del proceso sin generar trastornos.			
Recomendaciones:		• Revisar el plan operativo y el plan de acción para adelantar las actividades propias del proceso para su cumplimiento.			
Proponemos y vamos No siendo más el motivo, se dio por terminado la revisión del proceso a las 10:30 horas y para constancia se adjunta registro fotográfico y de asistencia.					

		ESE SAN SEBASTIAN LA PLATA, HUILA NIT. 813.002.872-4 ACTA GENERAL		CODIGO GPC-FB-142 VERSION 2010 F. APROBACION 2010 PAGINA 1 de 1	
COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO					
ACTA 01 Fecha: _____ Lugar: _____ Asistentes: _____ Objetivo: _____ Orden del día: 1. Verificación del Quórum 2. Presentación del Formulario vigencia 2025 3. Distribución del diligenciamiento 4. Retos y propuestas		Día: 12 MES: 08 Año: 2026 Hora Inicio: 09:00 am a: 12:00 pm DERLY MENESES - CRISTIAN ORLANDO VALENZUELA DIAZ - AMALFI STELLA CASTIBLANCO - ANNELINE PUJO - NATALI BAUTISTA - CARLOS HERNAN RAMIREZ - MARIA ANSELICA BERNARDO MANRIQUE LAURA VEGA Realizar el Comité Institucional de gestión y desempeño 2024			
Resultado y Compromisos:		1. Se verifica Quórum del comité y se da inicio a las 10:00 de la mañana. 2. Se realiza una presentación donde se contextualiza el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG). Se tienen en cuenta las instrucciones dadas por la función pública, se revisa ejemplo. 3. Se contextualiza las siete dimensiones: Direcciónamiento estratégico y planeación, Gestión con valores para resultados, talento humano, información y comunicación, control interno, evaluación y resultados, gestión de conocimiento. 4. Se revisa el contenido del formulario FURAG 2025, así como el de la anterior vigencia. 5. Se realiza la distribución y asignación de preguntas según los responsables de cada una de las políticas como se muestra a continuación:			

Se gestionó y realizó el seminario "Transparencia y Ética Pública". Durante la jornada, los participantes recibieron herramientas conceptuales y prácticas orientadas a fortalecer su desempeño como servidores públicos, promoviendo una actuación basada en los principios de ética, integridad y compromiso con la transparencia, y reconociendo su papel fundamental en el ejercicio de los derechos ciudadanos.

INFORME SEMINARIO DE TRANSPARENCIA Y ETICA PÚBLICA
 Fecha: 05/03/2026
 Docente Capacitador ESAP: Cesar Acosta

Más de 50 funcionarios de la ESE San Sebastián del municipio de La Plata participaron del seminario "Ética y transparencia en la gestión pública", liderado por el área de Capacitación de la ESAP territorial Huila, Caquetá y Bajo Putumayo, en articulación con la estrategia de Asistencia Técnica Territorial.

Durante la jornada, los participantes recibieron herramientas conceptuales y prácticas orientadas a fortalecer su desempeño como servidores públicos, promoviendo una actuación basada en principios éticos, integridad y compromiso con la transparencia, reconociendo su papel fundamental en el ejercicio de los derechos ciudadanos.

Dentro de los temas puntuales se trabajó acerca del programa de transparencia y ética pública, Ley 2195, Política y valores de integridad, la Política Nacional Antilavado, Dimensiones del MIPG, conges 4042, conges 3794, Normatividad, responsabilidades entre otros.

Anexo Registro Fotográfico y diapositivas:



En el marco del Código de Integridad, se trabajó conjuntamente con los gestores designados, oportunidad en la que se socializaron las actividades desarrolladas por los estudiantes de práctica de la UNAD. Lo anterior quedó consignado en el Acta del 14 de mayo de 2026

		ESE SAN SEBASTIAN LA PLATA HUILA NIT. 813.002.872-4 ACTA GENERAL	CODIGO GPC-F0-142 VERSION 1 F. APROBACION 2010 PAGINA 1 de 1
ACTA 002		REUNION GESTORES CODIGO INTEGRIDAD	
Fecha:	DIA	MESES	HORA
	14	MAYO AÑO 2026	8:30 PM AM X
Lugar:	Auditorio ESE		
Asistentes:	PAOLA HERNANDEZ - CRISTHIAN ORLANDO VALENZUELA DIAZ - CLAUDIA ANDREA BARRALES - JHERY SALAZAR AVILES - ANGELA MACIAS- MIGUEL TEJADA - YULIETH MARCELA DIAZ GOMEZ ESTUDIANTES UNAD		
Objetivo:	Socialización de las estrategias desarrolladas por los estudiantes de la UNAD referente al código integridad dispuesto en el MIPG		
Orden del día:	1. Verificación del Quórum y lectura del acta anterior 2. Socialización de actividades desarrolladas por los estudiantes de práctica de la UNAD.		
Preguntas			
Desarrollo de la reunión:	1. Se verifica Quórum del comité y se da inicio a las 8:30 am. 2. Se da inicio a la sustentación de los trabajos presentados por los estudiantes de la UNAD, psicología último semestre. Se da inicio con la intervención de la Estudiante: Julieth Marcela Díaz Gómez, quien sustenta su trabajo en el desarrollo y seguimiento al código de integridad, actividad direccionada por el líder del proceso de Talento humano y aplicada a diferentes grupos focales; dados las circunstancias de intervención: entre los grupos intervenidos fueron: Facturación- Call center- Farmacia; Equipos básicos en salud, estudiantes en proceso de pasantía; Funcionarios UBA, Belsin- PIC, se aplicó una encuesta para determinar clima laboral, enfocada al código de integridad, presenta la sustentación en diapositivas las cuales quedan como soporte en el proceso de Gestión del Talento Humano. Seguidamente realiza intervención la estudiante Mariela Angel Daza Cereales, quien expone su trabajo el cual se basó en aplicación de una encuesta a una muestra de trabajadores de 60 aproximadamente para determinar condiciones o aspectos de clima laboral, presenta un documento escrito al cual se le realizan algunas observaciones y queda el compromiso de presentar un documento más robusto y dejado como soporte de su trabajo al proceso de Talento Humano, de los 2 trabajos, quedan documentos con algunas consideraciones para tomar en cuenta y desarrollarlos por parte de la Empresa, específicamente en los componentes definidos u en los hallazgos expuestos por las estudiantes.		
Resultado y Compromisos:	Continuar fortaleciendo actividades con referencia al código de integridad a todos los procesos.		
	No siendo más el motivo, se dio por terminada la reunión a las 9:30 am y para constancia se adjunta registro de asistencia.		

El 06 de abril de 2026 se realizó la Reunión Grupo Direccionamiento Estratégico y Gerencia – PAMEC 2026, en donde el objetivo es Desarrollar las tres primeras fases de la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC), correspondientes a: autoevaluación de estándares de acreditación, selección de procesos a intervenir y priorización de estándares del grupo de Direccionamiento Estratégico y Gerencia para la vigencia 2026.

		ESE SAN SEBASTIAN LA PLATA HUILA NIT. 813.002.872-4 ACTA GENERAL	CODIGO GPC-F0-142 VERSION 1 F. APROBACION 2010 PAGINA 2 de 3
ACTA No. 2		Reunión Grupo Direccionamiento Estratégico y Gerencia – PAMEC 2026	
Fecha:	DIA	MESES	HORA
	06	Abril 2026	9:00 AM
Lugar:	OFICINA DE CALIDAD- ESE SAN SEBASTIAN		
Asistentes:	Carlos Alberto Falla Ramirez- Gerente Cristhian Valenzuela- Líder de Planeación Angela Patricia Macías Rodríguez, Líder de Calidad Julieth Nathalia Louada Ricardo, Líder Programa Seguridad del Paciente		
Objetivo:	Desarrollar las tres primeras fases de la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC), correspondientes a: autoevaluación de estándares de acreditación, selección de procesos a intervenir y priorización de estándares del grupo de Direccionamiento Estratégico y Gerencia para la vigencia 2026.		
Orden del día:	1. Presentación 2. Revisión de cada uno de los estándares de la autoevaluación en la matriz de acreditación pertinente al proceso. 3. Registro de fortalezas, oportunidades de mejora y soportes de fortaleza en la matriz. 4. Evaluación cuantitativa de cada estándar. 5. Selección y priorización de procesos a intervenir en la vigencia. 6. Proposiciones y varios.		
Desarrollo de la Actividad:	Segundo la hora acordada, se da inicio a la reunión con el grupo de Direccionamiento Estratégico y Gerencia, liderado por el Gerente y el Líder de Planeación, con el acompañamiento del equipo asesor del PAMEC.		
RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO			
Autoevaluación de estándares (Fase 1) Se inicia con la revisión detallada de los dieciocho (18) criterios correspondientes a los estándares del componente de Direccionamiento Estratégico, realizando la autoevaluación mediante el uso de la herramienta hoja radar, la cual permitió valorar de manera objetiva el grado de cumplimiento de cada criterio. Durante este ejercicio, se promovió la participación activa de los asistentes, garantizando un análisis crítico y realista de la situación actual de la institución frente a los estándares evaluados.			
Selección de procesos a trabajar (Fase 2) Con base en los resultados obtenidos en la autoevaluación, se identificaron los procesos que requieren fortalecimiento, teniendo en cuenta aquellos con mayores brechas en el cumplimiento de			

El proceso de planeación viene trabajando en la formulación y gestión del Plan Maestro de Inversiones, el cual contempla catorce (14) proyectos e iniciativas nuevas orientadas al mejoramiento de la infraestructura física, la dotación de equipo hospitalario e

Carrera 4 No. 9-103 celular 3132925130

<http://www.esesansebastianph.gov.co>

esesansebastianph@esesansebastianph.gov.co

industrial, y la modernización tecnológica de la entidad, por un valor total estimado de \$20.524.696.976. Entre las iniciativas más representativas se destacan ampliación de la sede principal de la ese san Sebastián de la plata Huila con una inversión de \$15.000.000.000, la dotación de equipo hospitalario para las Unidades Básicas de Atención, con una inversión de \$1.566.362.976; la ampliación de infraestructura de la Unidad Básica de Atención de Belén, por \$1.500.000.000; y la adecuación eléctrica hacia energía solar de la sede principal, con un valor de \$675.584.000.

RESUMEN PROYECTOS INICIATIVAS NUEVAS PLAN MAESTRO E.S.E SAN SEBASTIAN DE LA PLATA				
No	NOMBRE PROYECTO	VALOR PROYECTO	FUENTE DE FINANCIACION	ESTADO
1	ADECUACION MENOR DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE SANTA LETICIA PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 456,175,245	MINISTERIO DE SALUD	RADICADO CON AJUSTES SOLICITADOS
2	ADECUACION MENOR DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE GALLEGO PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 110,003,101	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
3	ADECUACION MENOR DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE VILLALOSADA PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 84,081,160	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
4	ADECUACION MENOR DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE SAN ANDRES PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 200,930,835	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
5	ADECUACION MENOR DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE SAN MIGUEL PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 75,265,137	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
6	ADECUACION MENOR DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE SAN VICENTE PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 92,848,885	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
7	ADECUACION MENOR DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE MONSERRATE PERTENECIENTE A LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 89,949,506	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
8	DOTACIÓN DE EQUIPO HOSPITALARIO PARA LAS UNIDADES BÁSICAS DE ATENCIÓN DE LA E.S.E SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA HUILA	\$ 1,566,362,976	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
9	ADQUISICIÓN DE UN VEHÍCULO PARA EL TRANSPORTE DE EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN EN SALUD DEL CENTRO POBLADO DE BELÉN DE LA ESE SAN SEBASTIÁN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 215,900,000	MINISTERIO DE SALUD	CON VIABILIDAD ESPERANDO ASIGNACIÓN DE RECURSOS
10	DOTACIÓN DE EQUIPO INDUSTRIAL DE USO HOSPITALARIO Y EQUIPO MOBILIARIO DE LA E.S.E SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA	\$ 57,596,131	SALDOS CUENTAS MAESTRAS MUNICIPIO LA PLATA	
11	ADECUACIÓN ELÉCTRICA HACIA ENERGÍA SOLAR DE LA SEDE PRINCIPAL DE LA E.S.E. SAN SEBASTIÁN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA	\$ 675,584,000	MINISTERIO DE SALUD	RADICADO CON AJUSTES SOLICITADOS
12	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	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
13	ADECUACION DE REDES ELECTRICAS DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCIÓN CAMILO TORRES DE LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA	\$ 400,000,000	MINISTERIO DE SALUD	EN ESTRUCTURACION
14	AMPLIACION DE LA SEDE PRINCIPAL DE LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA HUILA	\$ 15,000,000,000	MINISTERIO DE SALUD	VIABILIDAD

FUENTE PLANEACION

Estos proyectos evidencian el compromiso del área de planeación en la gestión de recursos orientados a fortalecer la capacidad de respuesta institucional y la calidad en la prestación del servicio de salud en el municipio.

CONCLUSIONES:

El proceso de Planeación de la ESE San Sebastián de La Plata evidencia un avance significativo durante la vigencia 2026, materializado en el incremento de 17,8 puntos del Índice de Desempeño Institucional y en el fortalecimiento de las dimensiones con menor desempeño frente a la vigencia 2024. La realización de los Comités de Gestión

Carrera 4 No. 9-103 celular 3132925130

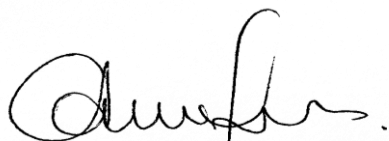
<http://www.esesansebastianlph.gov.co>

esesansebastianlph@esesansebastianlph.gov.co

y Desempeño, la socialización del FURAG, la formación en transparencia y ética pública, la articulación con el Código de Integridad y la estructuración del Plan Maestro de Inversiones demuestran un compromiso institucional con el mejoramiento continuo. No obstante, se reitera la necesidad de priorizar acciones de mejora en la dimensión D3 (Gestión para Resultados), que continúa siendo la de menor puntaje (65,0 puntos), mediante un trabajo articulado entre las áreas responsables, realizar planes de mejoramiento y seguimiento periódico con evidencia y la socialización constante de resultados, de forma que los avances alcanzados se consoliden y se cierre las brechas identificadas en las políticas del MIPG.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Priorizar acciones de mejora en la Dimensión D3 (Gestión para resultados).
- ✓ Consolidar el fortalecimiento de la Dimensión D6, manteniendo las acciones que permitieron el mayor incremento y así evitar retrocesos en la vigencia 2026.
- ✓ Realizar mesas de trabajo articuladas entre los líderes de los procesos y los encargados de las dimensiones, para realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento.
- ✓ Garantizar la calidad y trazabilidad de la información que se reportara en el FURAG, a fin de asegurar consistencia y confiabilidad de los datos.



AMALFI STELLA CASTIBLANCO M.
Contratista Control Interno



CRISTHIAN ORLANDO VALENZUELA
Contratista Líder de Planeación