

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>por su salud, bienestar y dignidad</small>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 1 de 8

**INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
VIGENCIA 2025**

**ELABORADO POR: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR
ANA TILDE RODRIGUEZ LEÓN
CONSUELO GONZALEZ GALINDO**



NEIVA, ENERO 31 DE 2026

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Entidad Especializada</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 2 de 8

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional y en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se presenta la evaluación comparativa del desempeño de las dependencias de la ESE Carmen Emilia Ospina correspondiente a las vigencias 2023, 2024 y 2025.

El presente ejercicio tiene como finalidad analizar el comportamiento de los indicadores asociados a las metas estratégicas, verificando su nivel de cumplimiento, la coherencia entre la planeación y la ejecución, así como la contribución efectiva de cada dependencia al logro de los resultados institucionales.

La evaluación interanual permite identificar tendencias de desempeño, variaciones significativas, niveles de avance frente a las metas programadas y posibles brechas en la gestión, constituyéndose en un insumo fundamental para la toma de decisiones, el fortalecimiento del direccionamiento estratégico y la mejora continua institucional.

Este análisis se desarrolla bajo los principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia y responsabilidad en la gestión pública, promoviendo la cultura de autocontrol y el seguimiento permanente a la gestión.

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 3 de 8

OBJETIVOS

1. Objetivo General

Evaluar comparativamente el nivel de cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional por parte de las dependencias de la ESE Carmen Emilia Ospina durante las vigencias 2023, 2024 y 2025, con el fin de determinar su contribución al logro de los objetivos estratégicos.

2. Objetivos Específicos



Analizar el comportamiento de los indicadores de gestión asociados a cada meta estratégica en las vigencias evaluadas.

Comparar los resultados interanuales para identificar avances, retrocesos o estancamientos en la gestión.

Determinar el nivel de cumplimiento porcentual de las metas programadas frente a lo ejecutado.

Identificar factores internos y externos que hayan incidido en los resultados obtenidos.

Formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la planeación, seguimiento y control institucional

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 4 de 8

ALCANCE

La presente evaluación comprende el análisis técnico de los resultados reportados por las dependencias de la ESE Carmen Emilia Ospina durante las vigencias 2023, 2024 y 2025, tomando como base los indicadores, metas programadas y reportes oficiales de seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional.

Incluye la revisión comparativa cuantitativa y cualitativa de los avances alcanzados, la verificación del cumplimiento de metas y la identificación de brechas de gestión.

No incluye auditoría financiera detallada, evaluación disciplinaria ni análisis individual del desempeño de servidores públicos, centrándose exclusivamente en la evaluación del cumplimiento institucional frente a la planeación estratégica definida.



ESE
CARMEN EMILIA OSPINA
SALUD, BIENESTAR Y DIGNIDAD

FORMATO
INFORME



PROCESO:
CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F1


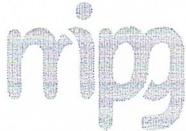
VIGENCIA: 10/02/2023

V1

PÁGINA 5 de 8

RESUMEN DE EVALUACIONES

No.	ÁREA EVALUADA	INDICADORES EVALUADOS 2024	INDICADORES EVALUADOS 2025	RANGO DE CALIFICACIÓN 2024	COMPARATIVO			RANGO DE CALIFICACIÓN 2025
					2023	2024	2025	
1	Almacén	4	3	ADECUADA	100	77,5	82	ADECUADA
2	Asesor Jurídico	2	3	OPTIMO	50	100	37	DEFICIENTE
3	Biomédico	6	8	ADECUADA	83	77	74	ADECUADA
4	Calidad	17	9	OPTIMO	93	98	77	ADECUADA
5	Comunicaciones	22	13	ADECUADA	99,1	90,5	86,9	ADECUADA
6	Contratación	4	5	OPTIMO	100	100	100	OPTIMO
7	Control interno gestión	4	4	OPTIMO	100	100	80	ADECUADA
8	Defensa Judicial	9	9	ADECUADA	100	72	84	ADECUADA
9	Financiera	8	13	ADECUADA	100	83	82	ADECUADA
10	Gestión Ambiental	19	19	ADECUADA	94	78	95	OPTIMO
11	Mantenimiento	16	12	ADECUADA	95	90	96	OPTIMO
12	Planeación	22	13	OPTIMO	91	96	78	ADECUADA
13	Salud ocupacional	11	5	ADECUADA	86	89	90	ADECUADA
14	Siau	9	4	DEFICIENTE	76	46	73	ADECUADA
15	Talento Humano	11	8	ADECUADA	100	94	95	OPTIMO
16	Técnico científica	49	34	ADECUADA	91	87	96	OPTIMO
17	Tic	12	8	ADECUADA	96	71	100	OPTIMO
18	gestión Documental	0	4	0	0	0	73	ADECUADA
19	facturación	0	5	0	0	0	90	ADECUADA
20	Comercial	0	4	0	0	0	100	OPTIMO
		225	183	PROMEDIO			80.1	

 CARMEN EMILIA OSPINA excelencia en salud	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 6 de 8

RANGO DE EVALUACIÓN	
OPTIMA	Igual o mayor de 95%
ADECUADA	71% a 94%
ACEPTABLE	55.1% a 70%
DEFICIENTE	menor del 55%

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN 2025		
RANGO DE EVALUACION	DEPENDENCIAS	Porcentaje
OPTIMA	Contratación, Gestión Ambiental, Mantenimiento, Talento Humano, Técnico Científica, TIC y Comercial.	35%
ADECUADA	Almacen, Biomédico, Calidad. Comunicaciones, Control Interno de Gestión, Defensa judicial, Financiera, Planeación, salud ocupacional, SIAU, gestión Documental y Facturación	60%
DEFICIENTE	Asesor Jurídico	5%
ANÁLISIS: Mejoraron la Calificación 5 dependencias frente a la vigencia 2024, 10 dependencias bajaron en su calificación, 1 mantuvo su calificación (Optima) y 3 se evalúan por primera vez.		

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA una entidad diferente</p>	FORMATO INFORME				
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 7 de 8	

RECOMENDACIONES

*Se recomienda juntamente con planeación mejorar los indicadores que miden las acciones de casi todos los subprocesos por que presentan un mal diseño para medir la efectividad o la eficiencia de las metas a alcanzar.

*Se evidencia que se disminuyeron 42 actividades que se tenían identificadas en los diferentes subprocesos, pero en lugar de reubicarse o cambiarse se eliminaron y muchas de ellas pueden aportar a la mejora de la entidad si se enfocan en debida forma.

*La evaluación de las áreas o subprocesos debe ser tomada en cuenta para determinar riesgos de gestión ya que algunas de las actividades que se planifican tiene dificultades para ejecutarse y deben analizarse las causas cuando se realiza la etapa de identificación del riesgo.

*La falta de continuidad del personal encargado de los subprocesos dificultan que se pueda mantener una buena calificación en la evaluación.

*Una de las áreas que debe tener mejor desempeño ´debido a que orienta a las demás es Planeación disminuye significativamente su calificación.

*Se denota que la Oficina de SIAU mejoro en su desempeño y salió de la calificación deficiente y el subproceso de Asesor Jurídico desmejora de optimo a deficiente por falta de evidencias lo cual deja deficiencias en el seguimiento que hace la oficina de Planeación la cual debe ser más constante como segunda línea de frente.

*Se recomienda hacer más seguimiento de la segunda línea de frente y dejar evidencias de ello sobre el cumplimiento de las dependencias en las actividades contenidas en el plan de desarrollo.

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>2002 Empresa pública</small>	FORMATO INFORME				
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 8 de 8	

*Elaborar un plan de acción anual que permita identificar los objetivos por cada vigencia tanto para la segunda, tercera y cuarta línea de frente.

*Elaborar un procedimiento que aclare las competencias de las líneas de frente en la ESE Carmen Emilia Ospina.

*Capacitar constantemente al personal que rote en este procedimiento haciéndolo parte del procedimiento de reinducción tanto para el personal se plata como el de contrato y la agremiación. Identificar y asignar los lideres de proceso según sus competencias y habilidades, así como por su experiencia y de preferencia personal de planta.

*Hacer una mayor intervención en MIPG debido a que los funcionarios no conocen con precisión las actividades en las cuales su subproceso se encuentra con metas por cumplir.


Aprobado:




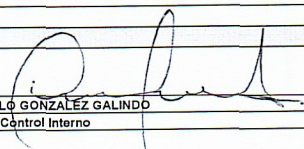

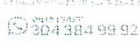


CONSUELO GONZALEZ GALINDO
 Asesora Control Interno de gestión

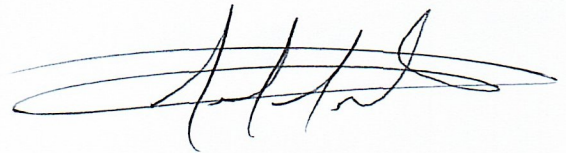
Elaborado:


LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR
 Profesional Control Interno

Revisado:


ANA TILDE RODRIGUEZ LEÓN
 Profesional Control Interno

		FORMATO EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN				
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CI-S1-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1	
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2025				
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA				
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		ALMACEN				
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:						
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS				
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS		
1	Implementar un sistema de seguimiento para verificar la entrega puntual de insumos y Mantener comunicación constante con los responsables de cada sede para priorizar necesidades que permita un nivel de cumplimiento mínimo del 97%.	(N° de entregas realizadas oportunamente / N° total de pedidos realizados) × 100	9,5	Se tienen evidencias de las solicitudes que realizan las diferentes áreas y los documentos de los despachos de los pedidos en la vigencia 2025		
2	Realizar inventarios mensuales de insumos en todas las áreas de servicio de las respectivas sedes para asegurar un uso eficiente y adecuado y brindar programas de formación continua para colaboradores y usuarios en el manejo del ambiente físico, promoviendo buenas prácticas en el uso de recursos.	Reporte de inventarios realizados en las áreas de servicio / Inventarios planificados por sede	8	Se realizan inventarios mensuales en las sedes pero no alcanzan a realizarse todos en el mes por la dispersión de las sedes.		
3	Realizar un inventario anual completo de activos fijos en todas las sedes de la institución para garantizar su correcto registro y estado.	Inventarios realizados cada trimestre / Total inventarios planificado	7	Se realizaron los inventarios en 2025 pero el cierre de la información de estos se realizó en enero de 2026.		
TOTAL EN PUNTAJE			24,5			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			82%			
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: El almacenista manifiesta, optimización del proceso ayudado por unas maquina de lectura de código de barras.						
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:						
Se recomienda que planeación a través de la persona dispuesta en calidad de MIPG realice una auditoria a los procedimientos del almacen así como a los documentos de apoyo como formatos para determinar la pertinencia de los mismos						
9. FIRMA:						
						
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor			Nombre: CONSUELO GONZÁLEZ GALINDO Líder de Control Interno			
  						





FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:	ENERO A DICIEMBRE DE 2025
2. ENTIDAD:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:	ASESOR JURÍDICO

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Implementar y supervisar el uso de formatos de declaración de inhabilidades, incompatibilidades, conflictos de interés y SARLAFT, asegurando su correcta diligencia por parte de los miembros de la Junta Directiva, el Máximo Órgano Social y la Alta Gerencia.	No. Acta soportada sobre el uso de los formatos establecidos / No. de Actas programadas	5	Se cuenta con el formato de Actas que soportan la verificación del Sarlaft se requieren anexos diligenciados.
2	Informe sobre la revisión de los estatutos y políticas institucionales, y establecer en el reglamento de la Junta Directiva los términos, funciones y objetivos para que los miembros evalúen y propongan actualizaciones que respondan a los cambios normativos y estratégicos.	No. de informes de políticas institucionales revisadas y actualizadas / No. de informes sobre las y estatutos y políticas a actualizar	1	Se requiere de documentos que permitan evaluar las políticas institucionales que e revicen en un acta por la junta y que se hayan actualizado.
3	Implementar un proceso de evaluación anual para medir la eficacia de los miembros de la Junta Directiva.	No. de evaluaciones anuales realizadas con respecto / No. total de evaluaciones planificadas en un período	5	se tiene un formato que evalúa a la junta en sus informes pero se requieren las evidencias de lo que se evaluó en 2025
TOTAL EN PUNTAJE			11	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			37%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

9. FIRMA:

Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR
Auditor



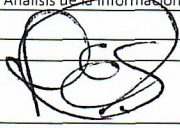
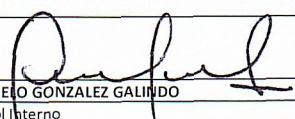
Nombre: CONSUELO GONZÁLEZ GALINDO
Líder de Control Interno




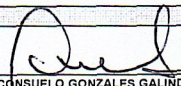
Buscamos la excelencia para tu salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
8663 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina

		FORMATO EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN			
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CI-SI-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2025			
2. ENTIDAD:		ESÉ CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		BIOMEDICO			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:					
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
1	Optimizar el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomedicos en zona rural	N° de Mttos Preventivos realizados/ N° de Mttos programados	10	Se tiene un cronograma de Mantenimiento preventivo para la vigencia 2025 en el cual se tenia progamado para la zona rural 580 mantenimientos de los cuales se realizaron 586 para arrojar un porcentaje de 101 %	
2	Optimizar el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomedicos en zona urbana	N° de Mttos Preventivos realizados/ N° de Mttos programados	9	Se tiene un cronograma de Mantenimiento preventivo para la vigencia 2025 en el cual se tenia progamado para la zona Urbana 3747 mantenimientos de los cuales se realizaron 3697 para arrojar un porcentaje de 98 %	
3	Optimizar el mantenimiento preventivo y correctivo equipos odontologicos	Numero de Mttos Preventivos realizados/ Numero de Mttos programados	9	Según el cronograma 2025 de planificaron 724 mantenimientos a equipos odontologicos y se realizaron 698 Mantenimientos arrojando un 96,4%	
4	Optimizar el mantenimiento preventivo y correctivo de refrigeradores horizontales de vacunacion	N° de Mttos Preventivos realizados/ N° de Mttos programados	5	Según los mantenimientos programados para los equipos de la cadena de frio se planificaron 39 mantenimientos para vigencia y se realizaron 22 Mantenimientos, arrojando el resultado de 56.4%	
5	Desarrollar un cronograma de inspecciones técnicas periódicas	(N°de equipos que cumplen con normativas / Total de equipos supervisados) x100	8	Durante el periodo evaluado, el 19,7 % de los equipos biomedicos revisados presentó algún tipo de no conformidad, donde demuestra que el 80,3% de los equipos odontológicos si cumplieron. Estas desviaciones corresponden principalmente a condiciones técnicas, operativas o administrativas detectadas durante las rondas biomédicas.	
6	Implementar un sistema de registro y seguimiento digital	(N° de equipos biomedicos registrados y gestionados en el sistema / Total de equipos biomedicos programados) x 100	1	No se cuenta con la herramienta.	
7	Optimizar el mantenimiento preventivo y correctivo del servicio de alcantarillado	Reporte con el numero de equipos registrados y monitoreados / Total de equipos biomedicos	7	El resultado obtenido del 72,6% evidencia una brecha significativa entre el inventario técnico del área de Ingeniería Biomédica y el inventario administrativo del almacén. Esta diferencia sugiere la existencia de equipos biomedicos registrados en almacén que no se encuentran incluidos, actualizados o conciliados dentro del inventario del área biomédica.	
8	Realizar calibración y metrología periódica de los equipos biomedicos para garantizar su óptimo funcionamiento y cumplimiento de las normativas de calidad en salud.	Reporte sobre el numero de mantenimientos realizados según el cronograma/Total de manteniminetos planificados)X100	10	Se realizaron planificadamente con el contratista encargado 808 Calibraciones de equipos que midan, Pesen y cuenten.cumpliendo el 100% de los equipos que lo requerian.	
80 TOTAL EN PUNTAJE			59		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			74%		
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se requiere manejar según se evidencia una herramienta de gestión de los equipos que sea más eficiente y permita analizar y compartir información de manera mas precisa.					
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:					
1. Implementar una tabla dinámica que seleccione y filtre la información de la totalidad de los equipos Biomedicos y sus condiciones en tiempo real.					
2. Se requiere mayor Analisis de la información y gestión de los activos a travez de proyectos que permitan su adquisición oportuna.					
9. FIRMA:					
					
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor			Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO Asesor de Control Interno		

		FORMATO EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN				
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CUS-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1	
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2025				
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA				
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		GARANTÍA DE LA CALIDAD				
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:						
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS				
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS		
1	Reunión mensual realizada con las áreas de calidad y direccionamiento estratégico sobre situaciones de alarma, pronóstico para cierre de indicadores por mes y el desarrollo de las actividades propias de calidad.	N° de reuniones realizadas / N° de reuniones programadas.	9	De las reuniones programadas para el año para el mes de diciembre no se cumple con las reuniones del mes de diciembre debido a no contar con personal Auditor		
2	De manera semestral se entregara un informe a direccionamiento estratégico, en el cual se consolidara la información general y pertinente del área calidad con respecto al estado actual de la institución.	N° de informes planeados / N° de informes entregados totales	5	Se presento un informe del primer semestre y quedo pendiente el de segundo semestre.		
3	De manera trimestral, se realizaran auditorias a los diferentes programas que componen las RIAs, por partes del area de calidad.	Auditorias realizadas / Auditorias programadas	10	Se realizaron el total de auditorias planificadas durante la vigencia dando un resultado de 100%		
4	De manera trimestral se realizara un acompañamiento especifico a las rutas relacionadas directamente con seguridad del paciente	Actas de acompañamientos / Total de acompañamientos realizados	10	Se realizo el respectivo acompañamiento a tosa los porogramas de las areas de prestación de servicios de Salud.		
5	Concertar 1 reunión anual con las principales EAPB para acordar pautas de apoyo mutuo y mejorar la atención al usuario.	N° de reuniones realizadas / N° de reuniones concertadas	5	Se cumple parcialmete con el compromiso de evidenciar la aprticipación de calidad en los procesos de contratación con EAPB		
6	Asegurar que al menos una vez al año se realice un plan de capacitación para las EAPB y se desarrolle en el tiempo planificado dentro del cuatrienio.	N° de capacitaciones formuladas / N° de capacitaciones realizadas	10	Se dictaron la totalidad de capacitaciones que se planificaron en el marco del cumplimiento de los programas de EAPB.		
7	Realizar una revisión anual de la normativa vigente, con el fin de identificar posibles cambios que puedan impactar en los documentos institucionales.	N° de documentos actualizados / N° de documentos totales	5	Se actualizaron algunos documento de los procesos y procedimientos pero no la totalidad de los mismos.		
8	Las rondas de seguridad se realizarán trimestralmente en los servicios de urgencias y hospitalización.	N° de rondas realizadas / N° de rondas programadas	10	Se realizaron las rondas de seguridad del paciente que se planificaron en los doferentes periodos mensualmente y se cumpliero el 100% de lo programado.		
9	Asignar claramente la responsabilidad a cada lider de proceso para garantizar el cumplimiento de los tiempos maximos, estableciendo un mecanismo de rendición de cuentas mediante informes semanales o mensuales que reflejen el estado de los procesos.	Numero de procesos con tiempos maximos/Total de procesos que ameritan tiempo maximo.	5	Se tienen algunas estrategias que en los procedimientos misionales deben cumplir con unos tiempos maximos en la prestaciones sde los servicios.		
TOTAL EN PUNTAJE			69			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			77%			
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se evidencia que se han realizado esfuerzos por cumplir los indicadores planteados por el area de Calidad pero se cambio el lider en la vigencia 2025 lo cual hizo que se dificulte la continuidad del trabajo planificado y debilita el Proceso con respecto a la gestión del conocimiento tecnico de esta área que es estrategica para cumplir los objetivos misionales.						
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:						
1. Definir para 2026 al profesional idoneo que pueda liderar este importante proceso que permite cumplir las metas institucionales y de las EPS contratantes para que no se generen glosas en los diferentes servicios que presta la carmen Emilia Ospina						
2. mantener en lo posible el personal de contrato que colabora con el cumplimiento de las metas de calidad						
9. FIRMA:						
						
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR			Nombre: CONSUELO GONZALES GALINDO			
Auditor de control Interno			Lider de Control Interno			



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:

ENERO A DICIEMBRE DE 2025

2. ENTIDAD:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR:

COMERCIAL

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Ofrecer paquetes integrales de salud dirigidos a diferentes segmentos de la población, asegurando la accesibilidad, la prevención y la atención integral, para incrementar la captación de usuarios y fortalecer la gestión comercial.	Paquetes integrales diseñados y entregados al área de comunicaciones / Paquetes planificados	10	Se tiene un indicador que supera el margen porcentual y quedo en 466%, la meta no esta bien calculada y es por eso que se realizamn mas actividades de los estipulado.
2	Incrementar la captación de usuarios y clientes potenciales a través de estrategias combinadas	(N° de clientes provenientes de nuevos acuerdos / Total de clientes activos) x 100	10	En toda la vigencia se tuvo un cumplimiento del 250%, la meta no esta bien calculada por eso se realizan mas actividades que las esperadas.
3	Ajustar el portafolio de servicios a la capacidad instalada y declarada en el resgistro especial de prestadores de servicios de salud (REPS), actualizando el mismo de acuerdo a las novedades realizadas en el REPS	N° de ajustes realizados al portafolio de servicios declarado en el REPS / Total de novedades autorizadas por el ente territorial, para cada vigencia	10	Se realizo una actualización del portafolio cada troimestre cumplimiento de 100%.
4	Socializar semestralmente los compromisos adquiridos en los acuerdos de voluntades debidamente legalizados	Total de socializaciones realizadas / Total de socializaciones programadas	10	Se cumplio el indicador 525% pero de igual forma el calculo de las actividades se encuentra desfasado.
TOTAL EN PUNTAJE			40	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			100%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

9. FIRMA:

Nombre: **LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR**
Auditor

Nombre: **CONSUELO GONZALEZ GALINDO**
Líder de Control Interno

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LINEA AMICA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud Integral y Humana

FORMATO

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:

ENERO A DICIEMBRE DE 2025

2. ENTIDAD:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR:

COMUNICACIONES

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Incrementar y mantera el nivel de satisfacción a un 65% o más dentro de un período de evaluación de 6 meses.	(Nivel de satisfacción obtenido / Nivel de satisfacción proyectado) x 100	10	Verificando la informacion cargada en la pagina WEB y teniendo en cuenta los seguimientos trimestrales, se puede evidenciar eue incrementa el porcentaje de satisfacción en un 31% por encima del esperado, cumpliendo el indicador respecto al compromiso y/o accion.
2	Realizar un diagnóstico integral de las comunicaciones internas y externas, identificando fortalezas, debilidades y áreas de mejora.	N° de actividades completadas para el diagnóstico / N° total de actividades planificadas	9	Teniendo en cuenta lo solicitado se evidencia en la formulacion de un documento "Diagnostico de comunicaciones" donde se formulana las actividades por realizar en la vigencia y se da cuenta de los resultados en su ejecucion.
3	Desarrollar e implementar una estrategia integral para mejorar el posicionamiento de la imagen institucional y fortalecer los canales de comunicación oficiales.	N° de acciones implementadas del plan estratégico de comunicación / Total de acciones planificadas	10	Se puede evidenciar la estrategia implementada y cumplida.
4	Coordinar y desarrollar un plan de medios efectivo que articule las necesidades de las diferentes áreas, las estrategias de divulgación, y los resultados de un estudio de mercado previo.	(N°de acciones ejecutadas del plan / N° total de acciones planificadas)×100	10	Mediante contrato 1200 del 12 de diciembre de 2025 se da cumplimiento y es verificado a traves del certificado de cumplimineto donde da cuenta del plan de medios programado y ejecutado.
5	Participar y apoyar en actividades, campañas educativas, brigadas de salud y eventos intra y extramurales	Incrementar la participación de usuarios y comunidades en un 10% anual.	5	El indicador no es acorde a las actividades idoneas al area donde se puede hablar de cubrimientos y acompañamiento en su totalidad de cada una de las actividades, campañas educativas, brigadas de salud intra y extramural por parte del área de comunicaciones.

6	Diseñar y emitir 96 boletines de prensa anuales, distribuidos de manera mensual	N° de boletines enviados y publicados / N° de boletines programados mensuales	10	Se verifica los cargues en la pagina web donde se puede evidenciar de 6 cargues por encima de los esperados y programados en la estrategia de COMUNICACIÓN
7	Realizar al menos una actualización mensual que incorpore información nueva, relevante y validada de las diferentes áreas institucionales.	N° de actualizaciones efectuadas / N° total de actualizaciones planificadas	10	Dentro de las actualizaciones programadas y ejecutadas evidenciamos 6 actualizaciones por encima de lo esperado evidenciados en el portal WEB institucional.
8	Realizar al menos una actualización mensual en la intranet institucional con información validada por las áreas responsables.	Número de actualizaciones realizadas / Número total de actualizaciones planificadas	10	Se puede evidenciar que dentro de las estrategias del area se planificaron 24 y se realizaron 36 dando un cumplimiento por encima de lo esperado.
9	Realizar la actualización de cartelera física al menos una vez al mes en todos los centros de atención, incorporando información validada y relevante.	N° de cartelera actualizadas / N° total de cartelera planificadas	10	Se planificaron 24 actualizaciones de cartelera y se cumplieron en su totalidad
10	Realizar la actualización de cartelera física al menos una vez al mes en todos los centros de atención.	N° de cartelera actualizadas / N° total de cartelera planificadas	10	Se planificaron 24 actualizaciones de cartelera y se cumplieron en su totalidad
11	Realizar publicaciones semanales en Facebook, Twitter e Instagram con contenido validado y relevante.	Incrementar el alcance y la interacción en un 10% anual en todas las plataformas - Alcance actual - Alcance previo) / Alcance previo x 100.	9	Se puede evidenciar las publicaciones realizadas donde se puede medir el alcance de la plataforma Facebook y con enlace a Instagram superando las expectativas de alcance, mientras las demás plataformas en mención no se puede evidenciar su medición de alcance, dificultando hacer un análisis global de las plataformas.
12	Realizar la audiencia pública de rendición de cuentas, cumpliendo con los lineamientos normativos establecidos.	Asegura el cumplimiento normativo y el desarrollo efectivo de la una (1) audiencia pública por año	10	La rendición de cuentas se cumple teniendo en cuenta la normativa interna institucional y la normativa externa de la salud y función pública, evidenciado en el informe del desarrollo de la actividad en el periodo del 1 al 27 de marzo de 2025.

13	Realizar la actualización del portafolio de servicios con información precisa sobre horarios, puntos de atención y servicios habilitados.	Portafolio publicado en la página web / Portafolio planificado para publicar	10	https://esecarmenemiliaospina.gov.co/wp-content/uploads/2026/01/PORTAFOLIO-2025.pdf Portafolio actualizado (La empresa y nuestras zonas y sedes NORTE, ORIENTE, SUR) se evidencia en cada uno de los enlaces las actualizaciones de servicios de cada una de la zonas.
----	---	--	----	---

130	TOTAL EN PUNTAJE		113	
-----	-------------------------	--	-----	--


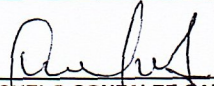
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA		86,9%		
--	--	--------------	--	--




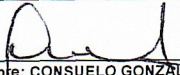

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA: De acuerdo a las evidencias, se evalúa y se verifica un cumplimiento de un 86,9 % teniendo en cuenta la tabla de medición encontrándose el área en una escala de ADECUADO.

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Tener en cuenta los ajustes del PID donde los indicadores sean acordes a las acciones.

9. FIRMA:

 Nombre: ANA TH DE RODRIGUEZ LEON Auditor	 Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO Líder de Control Interno
---	---

		FORMATO EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN			
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CI-S1-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1
1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2025			
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		CONTRATACIÓN			
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:					
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
1	Programar las sesiones de tranferencia de conocimimnto según normatividad y reglamentacion vigente	N°de capacitaciones programadas / N° de capacitaciones atendidas	10	Capacitaciones en cuatro trimestres del 2025	
2	Programar reuniones con lideres de area responsables , presupuesto, finanzas y talento humano para generar los respectivos reportes y planes de accion	N° de reuniones programadas/ N° de Reportes elaborados y soportados	10	capacitaiones en cuatro trimestres del 2025	
3	Cargar los documentos soporte las plataformas de "SIA Observa y SECCOP II" según normatividad vigente	(N° de reportes programados/ N° de reportes cargadoos) x 100	10	1210 contratos cargados	
4	Solicitar las respectivas contizaciones de los diversos procesos contractuales	Contizaciones	10	Se evidencian cotizaciones pero nom esta expresados en porcentaje	
5	Realizar la actualizacion del manual de contratacion según necesidad y direccion organizativa	Manual de contratacion actualizado	10	Resolución 018 de 2025	
TOTAL EN PUNTAJE			50		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			100%		
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se evidencio que los objetivos aunque se cumplen todos, no se encuentran orientados a mejorar el proceso integral de Adquisiciones y contratación de servicios por no contar con indicadores adecuados y acordes con las mejoras para la entidad.					
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:					
Modificar los Objetivos organizacionales y sus indicadores para lograr mejorar la entidad en uno de los procesos de apoyo mas importantes de la ESE Carmen Emilia Ospina.					
9. FIRMA:					
					
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor		Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO Lider de Control Interno			
<p style="text-align: center;">  </p>					



CARMEN EMILIA OSPINA

FORMATO

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE: **ENERO A DICIEMBRE DE 2024**

2. ENTIDAD: **ESE CARMEN EMILIA OSPINA**

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: **CONTROL INTERNO DE GESTIÓN**

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Ejecutar el 90% de las capacitaciones programadas en el plan de acción de la OCI.	Numero de capacitaciones realizadas/Numero de capacitaciones programadas en el mes	10	Planillas de Asistencia a las 4 capacitaciones Planificadas en 2025
2	Ejecutar el 90% del programa anual de Auditoria aprobado para cada vigencia, incluyendo las auditorias especiales.	Número de auditorias realizadas/Numero de auditorias programadas en el mes.	10	Se planificaron 4 auditorias para el 2025 de las cuales se hicieron las 4 planificadas y 2 especiales.
3	Ejecutar el 100% de los informes de ley que presenta a OCI, con oportunidad, eficacia y pertinencia.	Número de informes de ley presentados y publicados/Numero de informes de ley programados en el mes conforme a la normatividad vigente)X100.	7	Se presentaron casi todos los informes de Ley pero feto
4	Realizar seguimiento al 90% de los planes de mejoramiento suscritos, tanto internos como externos.	Numero de seguimientos realizados/Numero de seguimientos programados en el mes)X100	5	Se hicieron los seguimientos de los planes programados iinternos pero no se tienen documentados la totalidad de los mismos de los planes externos.
TOTAL EN PUNTAJE			32	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			80%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Para la vigencia 2025 los seguimientos a los planes de mejoramiento por cerrar internos estan documentados pero los externos no cuentan con estas evidencias.



8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Hacer un seguimiento documentado y detallado de los planes de mejoramiento externos.

9. FIRMA:

Nombre: **LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR**
Auditor

Nombre: **CONSUELO GONZALEZ GALINDO**
Líder de Control Interno

		FORMATO EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN			
PROCESO: CONTROL INTERNO		CODIGO: CI-S1-F14	VIGENCIA: 31/01/2023	V2	PAGINA: 1 DE 1
1. FECHA DE CORTE:	ENERO A DICIEMBRE DE 2025				
2. ENTIDAD:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA				
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:	DEFENSA JURÍDICA				
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:					
No.	6. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
1	Capacitar al personal médico interno y externo para disminuir los riesgos asociados a la prestación del servicio.	Numero de capacitaciones/ No. De capacitados atendidos	10	Se dictaron Capacitaciones al personal Medico en los cuatro trimestres del año 2025.	
2	Capacitar al personal que ejercen funciones de supervisión para disminuir los riesgos asociados a la prestación del servicio	Numero de capacitaciones/ No. De capacitados atendidos	10	Se dictaron Capacitaciones a todo el personal que supervisa los contratos en los cuatro trimestres de la vigencia 2025	
3	Fortalecer los mecanismos alternativos de solución de conflictos ante el Comité de Conciliación frente a los casos que se adviertan potencial riesgo de pérdida	Numero de capacitaciones/ No. De capacitados atendidos	10	Se dictaron Capacitaciones a Defensa Judicial personal de contratación, Gerencia, Control interno y Subgerencias.	
4	Estrategia focalizada para el pago de la deuda por sentencias judiciales, conciliaciones	Entrega mensual de la provision aprobado y adaptado al sistema de MIPG	10	Se tiene los soportes a la secretaria de Salud trimestralmente en donde se detallan los valores cargados de los procesos judiciales pagados y los valores totales pendientes por definir judicialmente.	
5	Establecimiento de un manual de daño antijuridico	Entrega de Manual de provision aprobado y adaptado al sistema de MIPG	10	Acuerdo 04 de 26 de Febrero de 2025.	
6	Desarrollo e implementación de herramienta con información estrategica de la caracterización de operadores juridicos, sentencias y argumentos de defensa de las entidades publicas.	(Numero de sentencias y argumentos de defensa registrados en la herramienta/ Porcentaje de casos defendidos exitosamente tras la implementación de la herramienta)X100	5	Total de procesos Cargados en la herramienta primer Trimestre (131), 131, 143, 149.	
7	Entrenamiento de habilidades litigiosas.	Nivel de satisfacción de los abogados o equipos juridicos con los contenidos generados, medido a traves de encuestas.	1	Se tiene Capacitaciones hechas pero no encuestas.	
8	Mejorar las competencias de los abogados de defensa judicial de la E.S.E Carmen Emilia Ospina	Numero de diplomados dictados/No. De diplomados aplicados durante el y juridicos.	10		



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE: ENERO A DICIEMBRE DE 2025

2. ENTIDAD: ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: FACTURACIÓN

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Fortalecer la facturación asegurando el cierre diario y oportuno del 100% de ingresos generados por servicios atendidos, garantizando la correcta gestión y flujo financiero	(N° de ingresos abiertos / N° de ingresos abiertos y efectivamente atendidos.) x 100	10	El indicador mide unicamente los usuarios que estan atendidos y lo llevan al 100%.
2	Radicar los procesos de facturación en los tiempos oportunos, cumpliendo con la normatividad vigente y garantizando el flujo financiero de la ESE Carmen Emilia Ospina.	(N° de cuentas generadas / N° de cuentas efectivamente radicadas)	10	En la vigencia 2025 se tiene un total de cuentas generadas de 1.188 ctas de las cuales se radicaron 1.078 ctas lo cual representa un 90.7% de la facturación cobrada.
3	Reducir objeciones y glosas mediante retroalimentación, evaluaciones mensuales y correcciones inmediatas en cada proceso.	(Ventas servicios a crédito/Saldo promedio cuentas por cobrar) X 100	10	En la Vigencia 2025 se facturaron 58.865.742.103 de los cuales se Facturaron 65.987.754.653 o sea un recaudo del 89%
4	Fortalecer el plan de capacitación del personal del área de facturación, asegurando el cumplimiento normativo y la minimización de riesgos asociados a los procedimientos.	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas.	10	Se tiene un valor absoluto de 266 capacitaciones realizadas a los funcionarios de la ESE y a los diferentes programas como exigen los contratos con las EPSS.
5	Anticipar la facturación Capita, realizar cobros persuasivos, aplicar conciliaciones de inmediato, escalar casos a Gerencia para cobro jurídico y mantener el recaudo de cartera en menos de 140 días.	Reporte de ventas de servicios a crédito / Saldo promedio de cuentas por cobra	5	Valor de total de lo facturado en 2025 sobre lo que nos adeudan a diciembre de 2025.
TOTAL EN PUNTAJE			45	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			90%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se evidencia que estan incluidas dos actividades de cartera en la evaluación de facturación las cuales el lider del subproceso solicita no esten incuidas alli si no en el subproceso de Financiera. además pero no se encuentran registros de los usuarios que avandonan el servicio y no son atendidos.

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Analizar con planeación cuales actividades que hoy no estan incluidas en la medición de la evaluación de facturacion deben esta en reemplazo de las de cartera que se sugiere sean reubicadas.

9. FIRMA:

Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR
Auditor

Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO
Lidex de Control Interno



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:

ENERO A DICIEMBRE DE 2025

2. ENTIDAD:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR:

GESTIÓN AMBIENTAL

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Mantener actualizado el PGIRASA	Nuero de actualizaciones ejecutadas mes/Total de actualizaciones programadas	10	Se realizaron dos actualizaciones durante el año 2025 la primera el 16 de febrero y la segunda el 18 de octubre.
2	Cumplir con el 100% de las inspecciones programadas.	No. de inspecciones ejecutadas mes/Total de inspecciones programadas *100	10	Se programaron 40 inspecciones de las cuales se realizaron durante los 12 meses de la vigencia 2025 45 en total.
3	Incinerar el 60% de los residuos peligrosos del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos incinerados en kg.mes/Cantidad de residuos totales generados en kg mes*100	10	Se cumplio a un 58% de la meta que era del 60% de residuos peligrosos debido a estrategias como : 1. Capacitaciones a los funcionarios en Gest'i n Integral de residuos peligrosos. 2. Uso y Manejo de sustancias químicas. 3. Contaminación de Residuos hospitalarios y su impacto al medio ambiente.
4	Disponer el 20% de los residuos ordinarios e inertes al relleno sanitario del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos ordinarios en kg.mes/Cantidad de residuos totales generados en kg mes*100	10	En la vigencia 2025 se cumplio con un porcentaje del 22% de residuos ordinarios e inertes.
5	Aprovechar el 20 % de los residuos reciclables del total generado en la ESE CEO	Cantidad de residuos reciclables en kg.mes/Cantidad de residuos totales generados en kg mes*100	10	el porcentaje de cumplimiento fue del 20% lo cual fue el resultado esperado para cumplir con la meta del año 2025
6	Satisfacer las necesidades de las canecas	No. de canecas cambiadas/No. De canecas dañadas *100	10	Para toda la vigencia 2025 se cambiaron 38 canecas que se dañaron y se repusieron el mismo numero
7	Cumplir con el 100% de las capacitaciones programadas	No. de capacitaciones ejecutadas mes /Total de capacitaciones programadas *100	10	Se planificaron 6 capacitaciones de las cuales se ejecutaron 17 en temas diversos
8	Cumplir con el 100% de las capacitaciones programadas	No. de campañas realizadas/No. De campañas programadas *100	10	En el informe de rendicion de cuentas 2025 se programaron 5 campañas de las cuales se ejecutaron 6 entre ellas: 1. Campaña de lanzamiento Bisisalud (Insentivando el uso de la bicicleta) 2. Campaña no arrojar desechos al inodoro. 3 y 4 Campañasde pos consumo de aparatos electrodomestico para darles una disposocion final adecuada. 5. día de la Bicicleta. 6. Día del Arbol.
9	Ahorrar en 5% el consumo de agua y energía	Consumo del año actual/consumo del año anterior)X100	5	Se realizan campañas para secibilizar pero según los resultados, en el consumo de energía se cumplio solo en los meses marzo, Julio y Diciembre y para el consumo de agua se cumplio solo, en los meses enero, Narzo, Mayo y Junio.

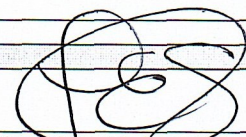
10	Cumplir al 100% con las jornadas ambientales programadas	No. de jornadas realizadas/No. De jornadas programadas) *100	10	Se programaron 2 jornadas ludicas Ambientales para las sedes y se realizaron 4 de las cuales se cuentan con las planillas de asistencia y registros fotograficos.
11	Programar y ejecutar el comité GAGAS	No. de jornadas realizadas/No. De jornadas programadas) *100	10	Se programaron 6 jornadas según el decreto 2676 de 2000 y la resolución 1104 del 2002. Se ejecutaron 6 jornadas que estaban planificadas con evidencias anexas.
12	Darle cumplimiento a los ciclos programadas.	No. de ciclos ejecutados/No. de ciclos programados (Vectores)	10	Se programaron 4 ciclos de control de Vectores según el plan de mantenimiento de la vigencia 2025. De acuerdo a los ciclos de lavados de tanques
13	Dar cumplimiento a los ciclos programadas.	No. de ciclos ejecutados/No. de ciclos programados (Limpieza y Desinfección de Tanques)	10	Se programaron 4 Ciclos de Limpieza y desinfección de Tanques de los cuales se tienen evidencias de su realización en todas las sedes.
14	Realizar el mantenimiento a las zonas verdes	No. de mantenimientos ejecutados/No. De mantenimiento programados) x 100	10	Se planificaron 7 mantenimientos de zonas verdes en cada una de las sedes y se realizaron los 7 que se programaron para dar cumplimiento al plan de mantenimiento 2025.
15	Estructurar un proyecto tipo para el aprovechamiento de la energia renovable	No. De proyecto estructurado/No. De proyectos planeados	10	Se envió un proyecto de sistema solar al Fenoje el cual ya tiene presupuesto asignado.
16	Gestionar paulatinamente los recursos y diseños del sistema de tratamiento de agua residual en las sedes Canaima, Ipc y palmas para el 2024	No. de jornadas realizadas/No. De jornadas programadas	5	Se tienen evidencias de los diseños de las plantas de tratamiento pero no se han conseguido aun los recursos.
17	Entregar al 100% el reporte de los residuos hospitalarios generados a la CAM	No. De reportes realizados/No. De reportes programados)X100	10	Se realiza un reporte en el mes de enero del año 2025 donde se informa a la CAM de todos los residuos generados yn clasificados como hospitalarios.
18	Entregar al 100% el reporte de los residuos hospitalarios peligrosos generados.	No. De reportes realizados/No. De reportes programados)X100	10	Se realiza otro reporte a Cia Contraloria y el de la plataforma Ideam SIU. De los cuales se tienen evidencias del reporte de los dos repotes.
19	Dar cumplimiento al 100% con la entrega de los RH1.	Cumplimineto al 100% con la entrega de los RH1	10	Reporte a Secretaria de salud Municipal en el mes de enero y el segundo reporte se realiza en el mes de jilio. Se cuenta con evidencias de los dos reportes que se adjuntaron por parate de el proceso de Ambiental de la ESE Carmen emilia Ospina..
TOTAL EN PUNTAJE			180	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			95%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se tiene avances significativos en el cumplimiento de las estrategias plasmadas del proceso de Medio Ambiente en la vigencia 2025.

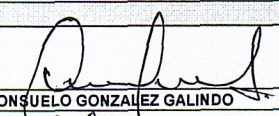
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Cambiar varios indicadores para que se mejore en el plan de desarrollo una estrategia que apunte a que los proyectos sean mas eficientes .

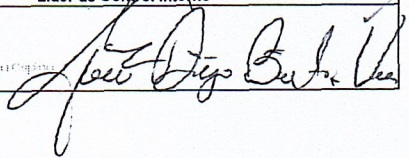
9. FIRMA:



Nombre: Luis Eduardo Serrano Tafur
Auditor



Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO
Lider de Control Interno





FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-SI-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE: ENERO A DICIEMBRE DE 2025

2. ENTIDAD: ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTIÓN DOCUMENTAL

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Capacitar al personal interno en el manejo y utilidades de los instrumentos archivísticos y de los procesos que están establecidos en el SIMAD, dando cumplimiento a la política institucional de cero papel.	Capacitación/ No. Capacitación	10	Se evidencian capacitaciones donde se muestra un cumplimiento superior a lo programado, cumpliendo con el indicador relacionado a los objetivos.
	Capacitar al personal externo en la utilidad de tablas de retención, dando cumplimiento a la política institucional de cero papel.	Capacitaciones asistidas/capacitaciones programadas	10	Se evidencian capacitaciones donde se muestra un cumplimiento superior a lo programado, cumpliendo con el indicador relacionado a los objetivos.
2	Crear el cargo, perfil y funciones del profesional de gestión documental para liderar el proceso.	Actualización del manual de funciones	1	Teniendo en cuenta que el indicador no pertenece al área de Gestión documental, se hace la recomendación y se solicita al área encargada-Talento Humano, por lo tanto se recomienda realizar el ajuste necesario donde se registren los indicadores relacionados al área.
3	Crear las funciones específicas de los auxiliares de archivo, para medir la productividad.	Actualización del manual de funciones	1	Igualmente al anterior el indicador no es competencia del área de Gestión Documental, por lo tanto se recomienda realizar el ajuste necesario donde se registren los indicadores relacionados al área.
TOTAL EN PUNTAJE			22	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			73%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

9. FIRMA:

Nombre: Ana Titis Rodríguez León
Auditor

Nombre: CONSUELO GONZÁLEZ GALINDO
Lider de Control Interno



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2025		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		FINANCIERA		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:				
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Elaborar un informe detallado del estado actual de las cuentas clasificadas como vencidas, activas y en conciliación, con el objetivo de gestionar y completar al menos el 95% de las conciliaciones programadas con las EPS-S.	(N° de Conciliaciones realizadas/Conciliaciones programadas) x 100	10	El total de conciliaciones programadas a las EPS fueron en los 4 trimestres del año 132 en total para la vigencia 2025.
2	Establecer un proceso eficiente de notificación y seguimiento para garantizar que el 100% de las conciliaciones sean informadas a AUM en un máximo de 5 días hábiles, con responsables asignados y la entrega oportuna del 100% de la información al área de cartera.	(N° de conciliaciones notificadas y gestionadas dentro del plazo / Total de conciliaciones generadas) x100	10	El total de conciliaciones notificadas a las EPS fueron en los 4 trimestres del año 89 en total para la vigencia 2025.
3	Mantener meta de recaudo de cartera máximo a 140 días	Ventas servicios a crédito/Saldo promedio cuentas por cobrar	9	El promedio de la cartera para la vigencia 2025n fue de 139.03 %
4	Realizar un seguimiento mensual al estado de los contratos terminados, notificando al área de PYP para gestionar las conciliaciones necesarias y coordinando con las entidades responsables (EPS) para ejecutar el proceso de liquidación de manera conjunta, asegurando el saneamiento de cartera y cumplimiento de la meta del 60	(N° de contratos liquidados / Total de contratos terminados en el periodo) x100	5	Cartera debe trabajar en liquidación de contratos. (TIC, P y P, Cuentas Medicas, Cartera)
5	Coordinar con los líderes de procesos y el área de costos para realizar un análisis previo de la viabilidad de los distintos requerimientos de recursos, asegurando una adecuada planificación y justificación de los mismos	(N° de informes entregados / N° de informes programados) x 100	10	Costos emite un informe de Medicamentos e insumos el cual permite medir la proyección del gasto en esos recursos de manera detallada y precisa.
6	Presentar el análisis y resultados de los costos hospitalarios durante las reuniones de socialización de estados financieros, promoviendo la comprensión y uso eficiente de los recursos.	N° de informes entregados / N° de informes programados	10	Costos presento informes Trimestrales de rentabilidad del recaudo y rentabilidad de la facturación.

7	Generar y comunicar alertas de costos a la Gerencia, jefes de grupo y líderes de procesos mediante el SIMAD o reuniones de socialización, para atender novedades a corto plazo.	N° de informes entregados / N° de informes programados	10	Costos presento informes Trimestrales costos comparados por sedes, rentabilidad por sedes, costo comprado por áreas, rentabilidad por área y el riego del mercado.
8	Realizar reuniones periódicas para analizar el comportamiento de ingresos y gastos frente al presupuesto aprobado y de Implementar medidas correctivas y preventivas cuando se identifiquen desequilibrios entre ingresos y gastos.	(N°de documentos generados y comunicados / N° de documentos programados) x100	10	Presupuesto tiene actas periódicas del seguimiento por junta directiva d manera mensual
9	Contar con recurso humano idóneo y suficiente para cubrir el volumen de objeciones y Glosas comunicadas por la diferentes Entidades	(Total de objeciones contestadas en el periodo / Total de objeciones recibidas) x 100	10	En cuentas medicas se contestan la totalidad de las objeciones lo que se evidencia es que se tienen soportes de las capacitaciones que se dan al personal para que se objeten lo menos posible las cuentas que son presentadas.
10	Contar con recursos tecnológicos como equipo de cómputo, línea telefónica y demás insumos que permitan agilizar y desarrollar el objetivo planteado	Seguimiento en tiempos de recepción, trámite y generación de respuesta y envío a las entidades correspondientes	10	Cuentas medicas y TIC se encuentran articulados para que los recursos que requiere se brinden de manera oportuna.
11	Seguimiento en tiempos de recepción, trámite y generación de respuesta y envío a las entidades correspondientes	(Total de objeciones contestadas en el periodo / Total de objeciones recibidas) x 100	10	El subproceso de cuentas medicas emite informes de manera trimestral evidenciando el seguimiento a los tiempos de respuesta a las objeciones que se presentan durante 2025.
12	Asegurar que el 100% de los proyectos formulados cuenten con la documentación técnica y financiera completa para su presentación y aprobación durante el periodo 2025-2028	N° de proyectos aprobados / Total de proyectos formulados y presentados	1	No se suministro Información
13	Consolidar un banco de proyectos formulados y aprobados, y actualizados en tiempo real durante el periodo 2025-2028.	N°de reportes bimensuales generados	1	No se suministro Información

TOTAL EN PUNTAJE 106


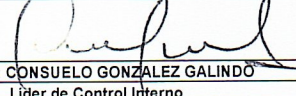
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA 82%

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se tiene una dificultad al querer consolidar información del área ya que no hay un líder que consolide la información que requiere análisis transversal con recomendaciones a la alta dirección entedidas como gerencia o la junta directiva.

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Modificar las dos actividades que se tienen de Planeación incluidas en la evaluación financiera para que se pueda evaluar de manera mas objetiva.

9. FIRMA:

	
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor	Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO Líder de Control Interno



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO


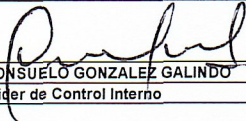
CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2025		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:				
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Realizar un mínimo de 2 mantenimientos preventivos por semestre a los purificadores y dispensadores de agua durante el año 2024, asegurando la calidad del agua suministrada y el óptimo funcionamiento de los equipos	N° de Mttos Preventivos realizados / N° de Mttos programados	10	Se realizaron 3 mantenimientos de los dispensadores de agua y aires acondicionados de la totalidad de los centros de salud.
2	Realizar un mínimo de 4 mantenimientos preventivos a las plantas eléctricas durante el año 2025, garantizando su correcto funcionamiento, la continuidad en el suministro de energía y la seguridad de la ESE.	N° de Mttos Preventivos realizados / N° de Mttos programados	10	Se evidencian los mantenimientos preventivos de las plantas electricas de las diferentes
3	Realizar al menos 1 mantenimiento preventivo y correctivo anual a los muebles y enseres de la ESE, garantizando su funcionalidad, prolongando su vida útil y mejorando las condiciones de trabajo y atención al usuario.	N° de Mttos Preventivos realizados / N° de Mttos programados	5	Se solicitaron 105 requerimientos al area y se realizaron 49 y quedaron pendientes 56.
4	Realizar al menos 4 mantenimientos preventivos y correctivos de los sistemas de aire acondicionado durante el año 2024, asegurando condiciones óptimas para el almacenamiento de insumos y fármacos, y mejorando el confort de los usuarios y colaboradores de la ESE.	N° de Mttos Preventivos realizados / N° de Mttos programados	10	Se repite el mantenimiento preventivo de los aires pero se cumplio los 4 mantenimientos.
5	Asegurar la eficiencia del mantenimiento preventivo y correctivo de extintores mediante la realización de recargas, cambios o mejoras necesarias, garantizando su operatividad y cumplimiento de normativas de seguridad.	N° de Mttos Preventivos realizados / N° de Mttos programados	10	Contrato de recarga de la totalidad de extintores para las sedes de la ESE Carmen Emilia.
6	Garantizar el correcto funcionamiento y prolongar la vida útil de las motobombas mediante la optimización del mantenimiento preventivo y correctivo, asegurando su disponibilidad y eficiencia operativa	N° de Mttos Preventivos realizados / N° de Mttos programados	10	Contrato de mantenimiento de plantas y bombas de agua.
7	Mejorar la eficiencia y continuidad del servicio de alcantarillado mediante la optimización del mantenimiento preventivo y correctivo, asegurando el cumplimiento de estándares de calidad y la prevención de contingencias	N° de Mttos Preventivos realizados / N° de Mttos programados	10	Evidencias de Mantenimientos de cajillas de inspección a las diferntes sedes asi como arreglo de taponamientos del sistema de alcantarillado en las sedes.
8	Asegurar el uso eficiente de recursos como agua y productos de limpieza biodegradables, cumpliendo con las normativas ambientales y de salud pública.	N° de Mttos Preventivos coordinados realizados / N° de Mttos coordinados	10	Se realizaron 4 cuatro ciclos de lavado de tanques a todas las Urbanas y 2 dos ciclos de lavado de tanqueas a las sedes rurales.

9	Realizar el mantenimiento preventivo de radioteléfonos base, móviles y portátiles, garantizando su óptimo funcionamiento, continuidad en las comunicaciones y soporte efectivo para las operaciones de la entidad	N° de Mtos Preventivos realizados / N° de Mtos programados	10	Se evidencia contrato de mantenimientos para equipos de comunicación
10	Garantizar que el 95% de los vehículos asignados a la entidad reciban mantenimiento preventivo dentro del intervalo de 5000 kilómetros, asegurando su operatividad, seguridad y cumplimiento de las normativas de transporte.	(N° de mantenimientos realizados en el intervalo de 5000 km / Total de vehículos que requieran mantenimiento)*100	10	Se tiene contrato de mantenimiento para vehículos de la entidad cumpliendo con el porcentaje de mantenimientos realizados en la vigencia 2025.
11	Garantizar el mantenimiento preventivo de la infraestructura de las sedes urbanas de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, asegurando condiciones óptimas de funcionamiento, seguridad y confort para los usuarios y colaboradores	N° de Mtos Preventivos realizados / N° de Mtos programados	10	mantenimientos de las sedes con el personal del area de mantenimiento de la ESE carmen Emilia Ospina.
12	Realizar el mantenimiento preventivo de la infraestructura de las sedes rurales de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, asegurando condiciones óptimas para la prestación de servicios de salud, la seguridad de los usuarios y el bienestar del personal	N° de Mtos Preventivos realizados / N° de Mtos programados	10	
TOTAL EN PUNTAJE			115	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			96%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se tiene una muy buena planificación de este subproceso y también son organizados para el desarrollo de las actividades en mantenimiento y reparación y adecuaciones.				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Enfocarse a futuro con algunas actividades encaminadas a proyectos de mejoramiento de infraestructura o aplicación de la misma.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor		Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO Lider de Control Interno		
<small> LINEA AMIGA 863 2828 WHATSAPP 304 384 99 92 INSTAGRAM YOUTUBE ESE CARMEN EMILIA OSPINA </small>				



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2025		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		PLANEACIÓN		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:				
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Implementar comité trimestrales con los líderes directivos seguimiento, evaluación y control de los avances del Plan de Desarrollo Institucional.	N° de actas documentadas de reuniones del comité de gestión estratégica por trimestre/numero de reuniones programadas	10	Se encuentran las actas de los comités de gerencia donde se realizó el seguimiento a indicadores del plan de desarrollo.
2	Revisar y actualizar el normograma institucional trimestralmente para asegurar cumplimiento con la normativa vigente.	N° de actualizaciones realizadas al normograma por trimestre/numero de actualizaciones programadas	10	Pendiente
3	Actualizar el mapa de procesos institucionales, incorporando nuevos procedimientos alineados con los objetivos estratégicos.	Numero de procedimientos añadidos y documentados en el mapa de procesos / Numero de actualizaciones programadas	10	Se tenían 2.127 documentos de los cuales 188 vigentes y 1.939 vencidos como cerro el 2024 y en 2025 se intervinieron la actualización de 351 documentos y eliminación 23 documentos. Llegando a un 17.5% de la meta fijada(15%) en el Acta 01, del 13 de Agosto de 2025.
4	Realizar seguimiento mensual al plan de desarrollo institucional mediante reuniones con cada una de las áreas.	Numero de actas generadas en reuniones de seguimiento mensuales/numero de reuniones	10	Asistencias
5	Realizar evaluaciones trimestrales del plan de desarrollo institucional y generar informes detallados.	Numero de informes trimestrales de avance del plan de desarrollo publicados en la pagina WEB institucional/numero de informes programados.	10	Evidencias de la web
6	Realizar evaluaciones anuales del plan de desarrollo institucional (PDI) para medir su porcentaje de ejecución.	(N° de actividades cumplidas en el PDI / N° de actividades establecidas en el PDI) x 100.	10	enviar información cumplimiento de indicadores SIMAD

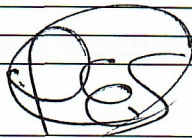
7	Realizar seguimiento periodico a los indicadores establecidos en el plan de gestión gerencial para garantizar su cumplimiento.	Numero de informes generados sobre el cumplimiento de los indicadores del plan de gestión gerencial/numero de informes planeados	6	Seguimiento informes de los gerentes
8	Reporte en el aplicativo correspondiente.	1 reporte anual con sus respectivas evidencias	3	Reporte publica del doctor julio cesar
9	Resultado del Indice de desempeño institucional	Resultado mayor al del año anterior	10	Plan de accion institucional FURAC
10	Actualizar la politica de gestión del riesgo	1 documento actualizado	1	Evidencias de Camilo
11	Actualización de los riesgos de corrupción, gestión y fiscal.	(Matrices actualizadas/total de matrices actualizada)X100	10	Evidencias que trabajamos con paola
12	Asegurar que el 100% de los proyectos formulados cuenten con la documentación técnica y financiera completa para su presentación y aprobación durante el periodo 2025-2028	(N° de proyectos aprobados / Total de proyectos formulados y presentados) ×100	3	aprobados 3 de 9 presentados
13	Consolidar un banco de proyectos formulados y aprobados, y actualizados en tiempo real durante el periodo 2025-2028	Numero de reportes bimensuales generados	8	Se tiene un archivo de carpeta compartida, desde donde planeación permite el acceso a las mismas donde se encuentran los diferentes proyectos presentados a la secretaria de salud Municipal y Min salud.
TOTAL EN PUNTAJE			101	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			78%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se evidencia que falta mejorar en los procesos de empalme para un cargo tan importante como el de planeación por que, se noto el cambio de lider afecto el desempeño.

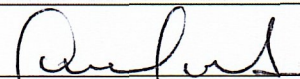
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Mejorar los controles para que en los procedimientos de planeación se realice una gestión del conocimiento de los procedimientos internos.

9. FIRMA:



Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR
Auditor



Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO
Lider de Control Interio

Busquemos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LINEA AMIGA
8663 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Facebook
ESE - Clínica Integral Caguán



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE: ENERO A DICIEMBRE DE 2025

2. ENTIDAD: ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: SALUD OCUPACIONAL

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Capacitar al personal interno y externo sobre posibles riesgos de accidentalidad y enfermedades laborales según los programas de SST	N° De capacitaciones programadas / N° De capacitaciones ejecutadas	10	De las 22 capacitaciones programadas se ejecutaron en su totalidad, según las evidencias que aporta la líder del área.
2	Inspeccionar todo el equipo y elementos de emergencia incluido el uso de los elemento de protección persona de los funcionarios	N° De inspecciones programadas / N° De inspecciones ejecutadas	10	Se evidencia dentro del plan de trabajo la programación de 12 inspecciones a realizar de forma mensual, ejecutadas en su totalidad
3	Actualización de programas de SG-SST bajo la normatividad	Programas actualizados al 100%	9	De los 10 programas correspondientes al área, se actualizaron 9 faltando por su actualización el programa de Riesgo psicosocial
4	Generar la necesidad de cada programa anualmente	(N° de actividades proyectadas / N° de actividades ejecutadas) x 100	10	Dentro de las necesidades generadas se reportaron 3 de las cuales por medio del contrato 00119 se contrata para valoración medico-ocupacional; CTO 175 medición de ionizantez y CTO 509 para recargas y mantenimientos de extintores.
5	Realizar los ajustes de los diferentes comites a programar en el plan de trabajo anual	N° de reuniones programadas/N° de reuniones ejecutadas	6	Siendo tres comites especificos del área se puede evidenciar que dentro de los de periodicidad trimestral solo uno se cumple deacuerdo al programa, dentro del programado de forma mensual solo se puede evidenciar el cumplimineto de 4 mensualidades de cumplimiento.
TOTAL EN PUNTAJE			45	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			90%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Tener en cuenta el orden de las actas llevando numeracion continua.

9. FIRMA:

Nombre: ANA TILDE RODRIGUEZ LEON
Auditor

Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO
Líder de Control interno

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:	ENERO A DICIEMBRE DE 2025
2. ENTIDAD:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:	SIAU

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Implementar un plan estrategico que habilite nuevos canales de comunicación (WhaatsApp, chat en línea y redes sociales) en el centro de atención telefonica para mejorar la atención integral y oportuna a los usuarios.	(Numero de actividades del plan completadas / Numero total de actividades planificadas) x 100	10	Se mantienen los diferentes canales para comunicación de los usuarios como Pagina web, Faacebook. Instagram, Call center, WhaatsApp y Buzones de sugerencias.
2	Reducir el numero de manifestaciones de insatisfacción en un 20% respecto al numero inicial por año	(Numero de manifestaciones iniciales- Numero de manifestaciones iniciales / Numero de manifestaciones finales) x100	1	La meta de cumplir con disminuir las manifestaciones no se ha cumplido por que requieren mayor transversalidad en el proceso de SIAU.
3	Capacitar al 100% del personal asignado al proceso de atención al usuario	(Numero de empleados capacitados/ / Numero total capacitaciones programadas al proceso de atención al usuario	10	Se cumplio a cabalidad el total de capacitaciones.
4	Realizar actualizaciones trimestrales sobre las necesidades y expectativas de los clientes.	(Numero de actualizaciones realizadas/ Numero de actualizaciones programadas en el periodo.	8	Se ajusto en las encuestas una columna donde se pregunta por las nesesidades de los usuarios que ellos manifiestan y con esta información se diligencia el indicador.
TOTAL EN PUNTAJE			29	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			73%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: En la evaluación que se realizo se evidencia que los objetivos institucionales no se encuentran bien definidos para el plan de desarrollo con respecto a los indicadores asignados, obteniendo una calificación de 73% dentro de la escala ADECUADO.

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:
Ajustar los objeticos e indicadores de forma que permitan la mejora en la atención y reconocimiento de los usuarios para la entidad ESE Carmen Emilia Ospina.

9. FIRMA:

Nombre: Luis Eduardo Serrano Tafur	Nombre: Consuelo González Galindo
Auditor	Líder de Control Interno



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

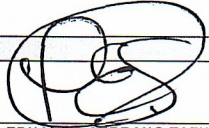

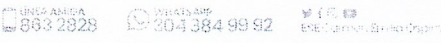
V2

PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE:		ENERO A DICIEMBRE DE 2025		
2. ENTIDAD:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
3. DEPENDENCIA A EVALUAR:		TECNICO CIENTIFICA		
4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:				
No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Mejorar el nivel de conocimiento conceptual sobre la política IAMI en la institución dirigido a personal externo.	No de actas realizadas sobre la capacitación de política IAMI al personal asistencial y administrativo/No total de actas programadas durante el año. 5	10	La estrategia Institución Amiga de la Mujer y La Infancia(IAMI) dicta durante los 12 meses del 2025 capacitaciones en dicha estrategia a personal externo.
2	Mejorar el nivel de conocimiento general de la política IAMI en la institución dirigido a usuarios externos e internos.	No de actas realizadas sobre usuarios educados en estrategia IAMI/ /No.de actas programadas.	10	La estrategia Institución Amiga de la Mujer y La Infancia(IAMI) dicta durante los 12 meses del 2025 capacitaciones en dicha estrategia a personal externo.
3	Dar cumplimiento a la norma 256 sobre proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	(Numero de mujeres gestantes con al menos una valoración medica antes de la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes inscritas al programa de control prenatal de la ESE)X100	10	Se evidencian los informes donde se controlan las valoraciones de las madres gestantes antes de la semana 12 dando cumplimiento 87,4%. La meta según lineamientos de la resolución 256.
4	Dar cumplimiento al la Resolución 3280 sobre la proporción de gestantes captadas antes de la semana 10 de gestación	N° de mujeres gestantes con al menos una valoración médica antes de la semana 10 de gestación / Total de mujeres gestantes inscritas al programa de control prenatal de la ESE x 100	10	La meta según la resolución 3280 es de 60% y la entidad a travez del seguimientos de los comites tecnicos científicos arrojó para el 2025 un cumplimiento del 71%
5	Lograr el 60% de la proporción de gestantes con consejería de lactancia materna en la institución.	N° de gestantes que recibieron consejería en lactancia materna en la institución / N° total de gestantes inscritas a programa de control prenatal x 100	10	La meta según la consejería es de 60% y la entidad a travez del seguimientos de los comites tecnicos científicos arrojó para el 2025 un cumplimiento del 91%
6	Mantener en un 30% la proporción de gestantes con un mínimo de 4 controles prenatales	N°de gestantes con mínimo 4 controles prenatales cumplidos/ N° total de gestantes inscritas a programa de control prenatal) x 100	10	La meta era del 30% y el indicador que se calcula para el año 2025 es del 85%

7	Mantener en 95% la proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	Nº de gestantes con toma de prueba para VIH durante el control prenatal / Nº total de gestantes inscritas a programa de control prenatal x 100	9.8	Según la meta del 95% se pudo realizar en los exámenes de las gestantes del 94%
8	Mantener en 90% la proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	Nº de gestantes a las que se les realiza las tres pruebas diagnósticas para sífilis durante el embarazo/ Nº total de gestantes inscritas a programa de control prenatal) x 100	4	El indicador del 90% que se expresa como meta solo se pudieron realizar las tres pruebas a el 35% de la población.
9	Reporte de la participación del programa de planificación familiar de mujeres en edad fértil 15 a 49 años.	No. de reportes de mujeres en edad fértil 15 a 49 año que participaron en planificación familiar/ No. total de reportes programados	10	La meta de este indicador es del 30% y para la vigencia 2025 se dio un resultado de 48%.
10	Elaborar, actualizar y socializar documento de atención que incluya las rutas integrales de atención de violencia, violencia de género y sexuales.	Actualización del documento con las rutas integrales de atención para violencias, violencia de género y violencia sexual.	10	Se actualizaron dos documentos de la entidad de atención en Violencia de Género y violencia sexual.
11	Elaborar, actualizar y socializar documento de atención que incluya las rutas integrales de atención en salud mental (trastornos asociados al uso de Sustancias psicoactivas,	Actualización del documento con las rutas integrales de salud mental.	10	Se actualizo el PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
12	Actualizar el modelo de prestación de servicios de salud	Actualización del modelo de prestación de servicios de salud /Actualizaciones programadas	10	Actualización del modelo de atención integral en salud.
13	Actualización el documento de la política de prestación de servicio de salud.	Actualización del documento de la política de prestación de servicio de salud / Actualizaciones programadas	10	Actualización del modelo de atención integral en salud.
14	Mantener al 70% la proporción de personas con Hipertensión arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Reporte del número de pacientes con hipertensos con medición de creatinina / reporte programados de pacientes reportados por hipertensión cada trimestre.	10	La meta se expresa en el 70% y la entidad pudo mantener un indicador de la vigencia 2025 de 80%
15	Mantener al 62% la proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Reporte del número de pacientes diagnosticados de DM con medición de creatinina / Reportes programados de pacientes reportados por hipertensión cada trimestre	10	La meta del 62% se cumplió con un 83% como resultado en la vigencia 2025.

16	Mantener al 65% la proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	Informe con el número de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial con cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHG en el último año / Informes programados con el número total de pacientes diagnóstico de Hipertensión Arterial reportados cada trimestre	10	La meta impuesta fue de 65% y se consiguió un resultado del 69% en la vigencia 2020.
17	Mantener en 90% la adherencia en la Evaluación de la aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención enfermedad hipertensiva	Informe con el número de historias clónicas que cumplen con la guía de atención hipertensiva / Informes programados sobre el historias clónicas auditadas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial	9.8	la meta era de 90% y la entidad tiene un resultado del 88% para la vigencia 2025
18	Mantener en un 85% la Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Informe con el número de historias clónicas con aplicación estricta de la guía técnica / informes programados sobre el total de historias clónicas programadas en consultas de crecimiento y desarrollo	10	La meta institucional era de 80% y se logro en la vigencia 2025 un resultado 87%
19	Mantener en un 80% la proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año	N° de mujeres de entre 25 y 69 años que se ha tomado la citología en el periodo definido/ Total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la IPS X 100	6	la meta que se tiene es de 80% y se alcanzo un resultado de 48% lo cual se evidencio en 2025.
20	Realizar el 90% de las brigadas en salud área urbana programadas	Actividades realizadas / Actividades programadas *100	10	Durante el 2025 se realizaron 283 brigadas con atencion de 17.209 usuarios que fueron las programadas arrojando el 100%
21	Realizar el 90% de las brigadas en salud área rural programadas	Actividades realizadas / Actividades programadas *100	10	Durante el 2025 área rural se realizaron 206 brigadas que fueron las programadas arrojando el 100%
22	Documentar y/o actualizar el proceso de toma y traslados de muestras de laboratorio	Actualización del documento elaborado	10	Se actualizaron 14 documentos referentes a toma de muestras y traslados de las mismas dando cumplimiento al 100% del objetivo trazado.
23	Documentar y/o actualizar el proceso de realización de Rx en la institución.	Actualización del documento elaborado	10	Se elaboraron dos documentos actualizando rayos X como se planifico para 2025.
24	Documentar y/o actualizar el proceso de realización de ecografía en la institución.	Actualización del documento elaborado	10	Se elaboraron dos documentos de procedimientos para el proceso de toma de ecografias cumpliendo con lo planificado para ña vigencia 2025.
25	Documentar el proceso de plan de cuidado de enfermería de la institución.	Documento elaborado	10	Procedimiento de Gestion de programas de Salud familiar (GDR- S16-P1V2)
26	Cumplir al 100% las actividades contenidas en el plan de contingencia institucional por covid-19	Reporte del número de actividades realizadas por contingencia COVID / reportes programados de actividades en concordancia plan de contingencia COVID	10	En la vigencia 2025 se vacunaron 69 pacientes y por el reporte del Sistema de Vigilancia epidemiologica tuvimos el reporte de 7 pacientes diagnosticados con covid 19.

27	Mantener 16,4 casos por 100.000 habitantes de habitantes	Reporte sobre la tasa de incidencia de TBC*100.000 Usuarios / Reportes programados de medición de la tasa de incidencia de TBC	10	La meta era no superar el 16,4 de pacientes diagnosticados con tuberculosis y se obtuvo un resultado del 16,1 para 2025
28	Reducir o mantener la letalidad por dengue grave < 2.	Reporte del número total de casos confirmados de dengue grave/ Reporte programado sobre dengue grave	10	La meta del total de casos confirmados de dengue es de 0% y se obtuvo mantener el resultado para 2025 con 0 casos de letalidad.
29	Mantener en un 95% los reportes al SIVIGILA	Reporte de cumplimiento SIVIGILA / Reporte programado X 100	10	Se cumplió en la plataforma SIVIGILA el 100% de los reportes que fueron 7.115 reportes para la vigencia 2025
30	Garantizar el 100% proporción del cumplimiento del plan de capacitación anual	Porcentaje de cumplimiento de plan de capacitación anual	9.9	Se planificaron 42 capacitaciones a el personal asistencial de las cuales se pudieron realizar 41 para la vigencia 2025.
31	Diseñar e implementar las rutas integrales en atención en salud que incluya especialidades	Rutas de plan de atención diseñadas e implementadas / Rutas de plan de atención programadas	10	Se tubieron 7 actualizaciones en la rutas de la cuales cabe resaltar la ruta de cancer y la matero perinatal y la ruta de nutrición.
32	Socializar ante las EAPB el plan de salud con rutas diseñadas e integradas	Acta de socialización del plan de atención integran ante EAPB / Reuniones de socialización programadas	10	Tenemos contratos con salud total, la nueva EPS y AIC.con las cuales se realizo la socializaciin del modelo de atención del servicio de salud.
33	Ejecutar las diferentes actividades contractuales de los convenios en un 100%	Porcentaje de ejecución de metas contratadas / Metas ejecutadas x100	9	El contrato 0799 de 2025 contrao PIC el cual a diciembre 30 de 2025 se tuvo una ejecucion del 88%
34	Crear mecanismos de monitores, evaluación y control de la Matriz de seguimiento para dar cumplimiento al Plan de Acción	N° de actividades del Plan de Acción cumplidas / (N° total de actividades programadas en el Plan de Acción)x100	9	Las acciones se cumplieron para el contrato interadministrativo 0799 de un 88%.
Total en puntaje			298	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			9.6%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se realiza un seguimiento a todos los objetivos del plan de desarrollo a la subgerencia Tecnico cientifica la cual logra de manera eficaz de manera Optimaun resultado del 96%				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Seguir trabajando en todas las metas para que se mantenga el indicadoir de desempeño optimo.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR		Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO		
Auditor		Lider de Control Interno		
<p style="text-align: center;">  </p>				

Vob. 



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO CODIGO: CI-S1-F14 VIGENCIA: 31/01/2023 V2 PAGINA: 1 DE 1

1. FECHA DE CORTE: **ENERO A DICIEMBRE DE 2025**

2. ENTIDAD: **ESE CARMEN EMILIA OSPINA**

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: **TALENTO HUMANO**

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Capacitar al personal interno y externo para mejorar las habilidades y competencias laborales.	N° de capacitaciones ejecutadas / N° de capacitaciones programadas	10	Capacitaciones planificadas por la entidad 120 y numero de capacitaciones realizadas 122 en la vigencia 22025
2	Fortalecer el Plan Institucional de Capacitación y Certificación en habilidades blandas y competencias laborales del personal interno y externo.	No de personal capacitados(as) / N° de certificados planeados	10	Se certificaron todos funcionarios que se inscribieron a las capacitaciones resultando 15 de ellos certificados.
3	Establecer reuniones periódicas de articulación con los diferentes grupos de interés (internos y externos) para evaluar necesidades de bienestar integral.	Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones y Bienestar / Reportes de articulación del cumplimiento por parte de los clientes internos y externos.	10	Reuniones periodicas de ejecucion del plan de Bienestar planificadas y ejecutadas
4	Fortalecer la cultura de investigación e innovación en salud mediante la difusión efectiva de programas y el fomento de proyectos que mejoren los servicios de salud.	N° de proyectos de investigación formulados / N° de proyectos de investigación aprobados.	10	Se planificaron 13 proyectos de Investigación de los cuales se aprobaron 13 proyectos en la vigencia 2025
5	Implementar un repositorio digital normativamente alineado, eficiente y seguro.	N° de documentos digitales almacenados / N° de documentos transferidos según normatividad.	6	se encuentran cargados los años 2021-2022 y 2025
6	Desarrollar un programa de inducción integral detallado para todo el personal nuevo, cubriendo los aspectos clave del puesto y los valores organizacionales	N° de inducciones realizadas / N° de inducciones programadas. Evaluacion de desempeño realizadas	10	Las inducciones realizadas y planificadas para el 2025 fueron 215 para funcionarios de planta, OPS y agremiación.
7	Crear un programa de inducción que incluya formación técnica, información sobre los valores organizacionales y políticas internas.	N° de empleados que completan el programa de inducción / N° de empleados contratados) X 100	10	Las inducciones realizadas y planificadas para el 2025 fueron 215 para funcionarios de planta, OPS y agremiación.
8	Facilitar el registro de actividades semanales y su monitoreo mediante un panel de control.	Número de evaluaciones realizadas / Número de evaluaciones programadas.	10	Se Programaron 4 meses de trabajo para el cumplimiento de las actividades tanto del plan de capacitación, plan de bienestar y para el FURAC.
TOTAL EN PUNTAJE			76	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			95%	

7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se evidencia muy buena organización del manejo de la información y se tiene un alto nivel de conocimiento del área por parte del líder, sin que todavía exista una transferencia efectiva del ese conocimiento.

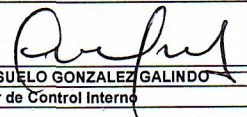
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Mejorar algunos indicadores que permitan un mayor avance de los objetivos institucionales del plan de desarrollo.

9. FIRMA: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR



Nombre: Luis Eduardo Serrano Tafur
Auditor



Nombre: CONSUELO GONZALEZ GALINDO
Líder de Control Interno

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESB



FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



PROCESO: CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F14

VIGENCIA: 31/01/2023

V2

PAGINA: 1 DE 1

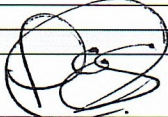




1. FECHA DE CORTE: ENERO A DICIEMBRE DE 2025

2. ENTIDAD: ESE CARMEN EMILIA OSPINA

3. DEPENDENCIA A EVALUAR: TIC

4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

No.	5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	6. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		6.1. INDICADOR	6.2. RESULTADO (1-10)	6.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
1	Brindar capacitaciones al personal del área TIC en sistemas de información en las diferentes áreas relacionadas.	Numero de capacitaciones planeadas/No. De capacitaciones asistidas.	10	https://ehecarmenemiliaospina.gov.co/mis/2/gobierno-digital/
2	Validar el cruce de información para su certificación y publicación.	(Numero de reportes EAPB usuarios decepcionados/Numero de reportes certificados y reportados)x100%	10	Se relacionan 20 documentos que evidencian el cumplimiento del 100% de los reportes EAPB sobre los reportes certificados en 2025.
3	Porcentaje de implementación del sistema de registro GLPI.	(N° de módulos implementados / Total de módulos planificados) ×100	10	http://192.168.1.16/glpi/
4	"Desarrollar un sistema automatizado de reportes que compile datos clave de producción institucional y Capacitar al personal encargado en el uso del sistema y en la interpretación de los reportes."	Reporte del 100% de cumplimiento en todos los reportes generados.	10	https://ehecarmenemiliaospina.gov.co/sistemas-de-informacion/
5	"Realizar mantenimientos preventivos y correctivos, así como actualizaciones periódicas del software institucional (SIMAD e Índigo) para asegurar su óptimo funcionamiento."	"N°de actualizaciones realizadas / Total de actualizaciones planificadas"	10	CONTRATO 044-2025 CON FECHA INICIO: 30/01/2025 Y FECHA DE TERMINACION: 31/07/2025 OTROS E.T. 21-09-2025 CONTRATO 1145 F.I.14/11/2025 E.T. 31/12/2025
6	Asegurar la renovación, adquisición y control del licenciamiento para el software institucional, incluyendo antivirus, Office, sistemas operativos y correos electrónicos, con el fin de mantener la legalidad y funcionalidad de las herramientas tecnológicas.	(N° de renovaciones realizadas dentro del plazo / Total de renovaciones planificadas) ×100	10	CONTRATO 055-2025 LICENCIA ISL ONLINE Y 045-2025 ANTIIRUS FECHA INICIO:23/01/2025 Y TERMINACION:31/12/2025 CONTRATO 050-2025 HOSTING SITIO WEB FECHA DE INICIO: 22/01/2025 FECHA TERMINACION: 31/12/2025 /CONTRATO 0214-2025 CORREO ELECTRONICO Y
7	Reportar el estado actual de la infraestructura física y costos asociados para planificar la actualización.	(Avance de actividades del diagnostico / Total de actividades planificadas) ×100	10	http://ehecarmenemiliaospina.gov.co/wp-content/uploads/2022/03/Plan-estrategico-de-transicion-de-IPV4-a-IPv6-1.pdf

8	Diseñar, implementar y ejecutar un cronograma detallado de mantenimiento preventivo y correctivo para garantizar el funcionamiento óptimo de los equipos e infraestructura tecnológica.	N° de mantenimientos preventivos realizados / Total de mantenimientos planificados	10	https://es.campanavilacajina.gov.co/planes-mantenimiento/
TOTAL EN PUNTAJE			80	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA DEPENDENCIA O ÁREA			100%	
7. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Se cumplió con la totalidad de los compromisos de plan de desarrollo para la vigencia 2025 por parte del subproceso de TIC				
8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Evaluar conjuntamente con planeación que metas en materia de sistemas de información y el desarrollo de los aplicativos se tienen pendientes para poderlas medir ya que con los objetivos institucionales que se ajustaron cumplen con lo planificado pero no incluyen otras necesidades de las áreas.				
9. FIRMA:				
				
Nombre: LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR Auditor		Nombre: CONSUELO GONZALEZ SALINDO Lider de Control Interno		
<p style="text-align: center;"><small>Elaborado por: [illegible]</small></p> <p style="text-align: center;">  LIBRA AMIGA 863 2828  WHATSAPP 304 384 99 92  TEL 8 100 155 <small>ESB - Oficina Técnica Vigencia</small> </p>				