



INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIA VIGENCIA 2025

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Revisado por:
Lina Marcela Toro Ruiz
Jefe de la oficina de Control Interno

Elaborado por
Kelly Johana Flórez Uribe
Profesional

Febrero 18 de 2026

CONTENIDO

1. GENERALIDADES	3
1.1. INTRODUCCION	3
1.2. ALCANCE	3
1.3. MARCO NORMATIVO.....	3
1.4. LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.....	4
1.5. GLOSARIO	4
1.6. METODOLOGÍA	4
2. EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2025	5
3. CONCLUSIONES	35

1. GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCION

En este documento se presenta el resultado de la evaluación por dependencias realizada por la Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento de la normatividad vigente y verificando el seguimiento y medición institucional, que sirve como insumo fundamental para la toma de decisiones respecto a las metas trazadas por la administración de la entidad.

La Oficina Asesora de Control Interno realizó la verificación a la gestión 2025, cumpliendo con el rol de evaluador independiente del sistema, por medio del análisis de los resultados de los indicadores contenidos en el POAI, información consolidada por parte de la oficina de Planeación con corte a diciembre 31 de 2025, con el fin de realizar el seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos propuestos en el plan de desarrollo.

Es importante señalar que la evaluación y monitoreo permanente de los resultados de gestión, es necesaria para lograr los objetivos institucionales propuestos, por lo cual se realiza esta verificación a partir de las evidencias o soportes suministrados por las dependencias.

A continuación, se presenta el informe consolidado en el formato establecido y se hacen recomendaciones útiles para las dependencias y los procesos que lideran, con el objeto de identificar las mejoras a que haya lugar.

1.2. ALCANCE

El informe de evaluación por dependencias se realiza con los resultados obtenidos entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

1.3. MARCO NORMATIVO

Ley 909 de 2004, artículo 39, inciso 2; Obligación de evaluar. El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.

Ley 87 de 1993, artículo 12: establece las funciones de los jefes de control interno quien haga sus veces.

Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.3 establece los roles a través de los cuales el jefe de control interno o quien haga sus veces desarrolla su labor, como es el rol de Evaluación y seguimiento, con el cual se atiende la responsabilidad dispuesta en la Ley 909 de 2004.

1.4. LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES

Plan de Desarrollo Institucional 2024 – 2028.
POAI (Plan operativo anual de inversiones) 2025

1.5. GLOSARIO

A continuación, se relaciona la terminología básica relacionada con la evaluación por dependencias.

Plan de desarrollo: Es un documento estratégico y operativo que define la ruta a seguir por un hospital para mejorar su gestión, servicios y sostenibilidad en un periodo determinado (4 o 5 años).

POAI: Plan Operativo Anual de Inversiones, es un instrumento clave en la gestión pública que detalla las inversiones directas de entidades del distrito, departamentos y Municipios para un año, alineando el presupuesto con las metas de los planes de desarrollo vigentes, y es fundamental para la ejecución de proyectos y la programación presupuestal.

Indicadores: Expresiones cuantitativas o cualitativas observables que miden el desempeño, progreso o estado de un fenómeno, proceso u objetivo.

1.6. METODOLOGÍA

Para la elaboración del informe de Evaluación por dependencias se tuvieron en cuenta los resultados de los indicadores contenidos en el POAI, información consolidada por parte de la oficina de Planeación con corte a diciembre 31 de 2025.

Se evalúan los indicadores por línea estratégica, y para aquellos que obtuvieron un resultado por encima de 100% en la anualidad, para el cálculo total de cumplimiento, se suma el 100%

2. EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2025

La E.S.E Hospital La María opera a través del Modelo de Operación por procesos, para lo cual, se realizó evaluaciones por dependencias de acuerdo a los indicadores que cada una tienen a su cargo para el cumplimiento del POAI:

1. Talento humano.
2. Dirección financiera
3. Subgerente de gestión y operaciones
4. Subgerencia científica
5. Gestión ambiental
6. Atención al usuario
7. Docencia e investigación
8. Trabajo social
9. Comunicaciones
10. Seguridad y salud en el trabajo

El resultado de la verificación en el cumplimiento del POAI es de **92.6%** correspondiente a la vigencia 2025.

A continuación, se presenta cada uno de los formatos de acuerdo a proceso y línea estratégica a evaluar:

Entidad: E.S.E Hospital la María		Área por evaluar: Gestión Talento Humano	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 1: Dirección estratégica para una gestión con responsabilidad.			
Objetivos Plan de Desarrollo: Rediseñar la estructura organizacional del Hospital La María, estableciendo canales de comunicación claros y definiendo las responsabilidades para optimizar los procesos internos, mejorar la eficiencia operativa y asegurar la sostenibilidad financiera, alineado con los principios de gestión de calidad.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta Anual	Resultado	Análisis de los Resultados.
Realizar talleres de capacitación en gobernanza y responsabilidad.	6	100%	Se realizaron talleres de capacitación dirigidos a todo el personal, en temas de gobernanza y responsabilidad institucional; impartidos en diferentes fechas durante la vigencia (4 y 21 de marzo, 8 y 22 de mayo, 24 de septiembre, 25 de noviembre y 2 de diciembre). Se evidencia con el registro de asistentes y registro fotográfico, que reposa en el área de talento humano.
Implementar mecanismos de evaluación y seguimiento de gobernanza.	4	100%	El mecanismo de evaluación implementado fue la encuesta de satisfacción, que logró medir la satisfacción y avance de las estrategias de gobernanza dentro de la entidad. Sin embargo, hay que precisar que, dentro de la actividad planteada, se expresó que se realizarían recomendaciones y conclusiones respecto del control y monitoreo de las actividades de gobernanza, las cuales no se encuentran en el reporte.
Desarrollar e implementar el sistema de evaluación de competencias.	1	100%	Se implementó el instrumento para la evaluación de desempeño, y se realizó capacitación a los funcionarios encargados de utilizar dicha herramienta.

Capacitar al personal en el uso del sistema de evaluación.	40	100%	La meta planteada fue de certificar 40 personas en el uso de la evaluación, lo cual se cumplió en 100%. Se llevaron a cabo las capacitaciones programadas con el personal vinculado a procesos estratégicos y de gestión. El personal recibió orientación sobre el uso y aprovechamiento del sistema de evaluación institucional, como instrumento de ayuda para la mejora en la gestión.
--	----	------	---

Línea Plan de Desarrollo: Línea 3: Gestión asistencial humanizada y equitativa.

Objetivos Plan de Desarrollo: línea 3.

Ofrecer servicios de salud integrales, eficientes y satisfactorios, atendiendo las necesidades de los usuarios según el perfil epidemiológico institucional. Además, se enfatiza la creación de nuevos servicios y la capacitación continua del personal asistencial para fortalecer la gestión clínica y administrativa. Esto contribuye a garantizar una atención de alta calidad, fomentando la fidelización y satisfacción de los pacientes.

Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta Anual	Resultado	Análisis de los Resultados.
Desarrollar y aplicar programas de bienestar y salud mental.	1	100%	Se diseñaron e implementaron programas de bienestar integral que incluyen intervenciones en salud mental, jornadas de autocuidado y acompañamiento psicosocial. Adicional se socializó con el comité de gerencia los resultados de la batería de riesgo psicosocial, que se evidencia en el informe soporte y en el plan de bienestar.
Realizar talleres y actividades recreativas para el personal	3	100%	Se evidencia cronograma de pausas activas donde se plasma la fecha y lugar para realizar las actividades recreativas para el personal de la ESE, esta actividad Esta actividad se ejecutó a través del programa de incentivos y bienestar laboral., Como soporte del desarrollo se encuentra se encuentra el registro de encuestas de satisfacción.
Capacitación del personal en bienestar laboral y motivación	40	100%	El personal participó en jornadas de formación enfocadas en motivación, clima laboral y fortalecimiento del entorno organizacional. Como evidencia se tienen las listas de asistencia a las diferentes

			actividades de capacitación realizadas en la vigencia.
Implementar protocolos de atención humanizada	1	100%	Se implementó la Política de humanización y pro de los servicios de salud, en documento PL-DIE-003 de 2025.

Línea Plan de Desarrollo: Línea 8: Gestión integral del talento humano que trabaja con amor por la vida

Objetivos Plan de Desarrollo: línea 8.

Fortalecer el talento humano del hospital, asegurando su desarrollo profesional y bienestar integral para garantizar una atención de calidad, eficiente y humanizada. Este objetivo se relaciona con el objetivo estratégico de mejorar la calidad de los servicios de salud, ya que un personal motivado y comprometido es clave para lograr una atención de excelencia. Además, apoya la sostenibilidad institucional al promover un ambiente de trabajo seguro y adecuado para el personal.

Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta Anual	Resultado	Análisis de los Resultados.
Diseñar un programa de inducción para el nuevo personal.	1	100%	Se diseñó un programa de inducción y reinducción por parte de la Oficina de Talento Humano, que se encuentra dentro del plan de capacitación y formación 2025. Documento soporte PN-GTH-001 del 28 de enero de 2025. Se encuentra registro de participación en el programa de inducción
Realizar actividades de integración y bienvenida.	3	100%	Se llevaron actividades como celebración de día del servidor público, día de la familia, entre otras. Se encuentran registros fotográficos, cronogramas de actividades. Estas actividades se realizan con todo el personal de planta. También se realizan recorridos para conocimiento del entorno del hospital con el personal nuevo que ingresa por primera vez, soporte en listado de asistencia.
Realizar evaluaciones periódicas del bienestar del personal.	12	100%	Se han realizado evaluaciones periódicas a través de encuestas, entrevistas y herramientas de análisis del bienestar laboral. Los resultados han servido de base para ajustar las estrategias de intervención y acompañamiento al personal. Se evidencia la aplicación de encuestas de incentivos, conmemoración

			de los 101 años del Hospital la maría y día de la familia.
--	--	--	--

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: TALENTO HUMANO

Las metas trazadas para el 2025 por parte del área de talento humano, para el cumplimiento de las líneas estratégicas del plan de desarrollo institucional, alcanzaron un cumplimiento del 100%, de acuerdo con:

- Las actividades realizadas como capacitaciones, inducción y reintroducción, bienestar laboral, entre otras, cuentan con soportes, listados de asistencia, y aplicación de encuestas de satisfacción que permiten evidenciar el trabajo realizado por la dependencia dentro de su labor institucional.
- Se encuentran documentados planes y protocolos del talento humano, que permiten tener una estructura y dirección para las labores realizadas durante la vigencia.
- Se elaboró el informe de riesgo psicosocial y se socializaron los resultados de este, al igual que se evidenció el acompañamiento psicosocial al personal en la entidad.
- Se constató la ejecución de talleres y actividades recreativas a través del programa de incentivos y bienestar, y el cumplimiento total de las capacitaciones en bienestar laboral y motivación, orientadas al fortalecimiento del clima organizacional y la satisfacción del talento humano.
- En cuanto al protocolo de atención humanizada, se reporta documento de la política de humanización de los servicios de salud y soporte de capacitación tanto al personal administrativo y asistencial de la institución.
- Se tiene evidencia de las evaluaciones del personal y del bienestar laboral, medidas a través de encuestas.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Fortalecer la cobertura de capacitación, asegurando que el 100 % del personal reciba formación en el uso del instrumento para la evaluación de desempeño, así como también, en los instrumentos dispuesto para la evaluación de competencias.
- Dentro de las inducciones al personal implementar las socializaciones en cuanto a los protocolos de atención humanizada tanto al personal administrativo y asistencial, en cumplimiento del eslogan institucional trabajando con amor por la vida.
- Hacer una evaluación semestral al resultado de los indicadores del área, con el objeto de hacer un ejercicio de seguimiento y autocontrol al cumplimiento de indicadores de gestión que permitan realizar correctivos, obtener evidencias y sacar conclusiones de la labor realizada.

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Gestión Financiera	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 1: Dirección estratégica para gestión con responsabilidad			
Programa: 1.1 Fortalecimiento institucional Fortalecer la estructura organizacional del Hospital La María, optimizando procesos internos y mejorando la eficiencia operativa mediante la definición clara de responsabilidades y canales de comunicación.			
Objetivos Plan de Desarrollo: Rediseñar la estructura organizacional del Hospital La María, estableciendo canales de comunicación claros y definiendo responsabilidades para optimizar los procesos, mejorar la eficiencia operativa y asegurar la sostenibilidad financiera, alineado con los principios de gestión de calidad.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Desarrollo de proyectos de inversión para sostenibilidad financiera	1	100%	Se evidencia matriz donde se anexa el desarrollo del Proyecto enfermedades transmisibles – emergentes, reemergentes y desatendidas: Programa de control de tuberculosis, Hansen, o lepra, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), y otras en el marco del Plan Decenal de Salud Pública vigente, en el departamento de Antioquia.

Línea Plan de Desarrollo: Línea 2: Gestión financiera y administrativa para el desarrollo sostenible.			
Objetivos Plan de Desarrollo: Optimizar la gestión financiera del Hospital La María mediante la integración efectiva de la estructura organizacional, la mejora continua de las competencias del personal operativo y la implementación de herramientas tecnológicas adecuadas, con el fin de fortalecer la eficiencia administrativa y garantizar sostenibilidad financiera.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Desarrollar o adquirir el sistema de gestión financiera.	1	100%	Se evidencia el contrato celebrado entre la empresa social del estado hospital la maría y Smart Alliance SAS que tiene por objeto la implementación y automatización del ciclo económico en los procesos de admisiones, facturación y radicación de facturas en las diferentes

			plataformas de las entidades responsables de pago. De acuerdo a la revisión se adquirió el software financiero y se encuentra en fase de implementación.
Capacitar al equipo en el uso del sistema	12	33%	Se realizaron talleres de capacitación en los cambios normativos del estandar RIPS y la implementación de los nuevos esquemas de envío en formato JSON, diagnostico, tipo, consulta externa, finalidad de la consulta, entrega de material didáctico vía Whatsapp a los líderes del área, con el fin de replicar la información entre los facturadores y garantizar la uniformidad en la aplicación de los cambios. Sesión donde se abordaron también los procedimientos para solucionar rechazos de facturación electrónica y la gestión inconsistencias en los reportes. Fechas de capacitaciones (05/02/2025, 26/02/202, 22/04/2025, y 25/06/2025).
Identificar procesos críticos de pagos y cobros	4	100%	Desde el área financiera se esta llevando a cabo la gestión de cartera de los servicios de salud, para ello se constata la conciliación de cuentas medicas con la EPS savia salud, donde se describe los valores pactados y las fechas de compromisos de pagos de los valores suscritos. También la abogada encargada de la gestión de la recuperación de cartera elaboro un informe de ejecución de actividades en relación a las EPS responsables de pago de las facturas de venta de servicios, conciliaciones de cuentas medicas de diferentes eps, mesas de trabajo para resolver inconvenientes desde las diferentes áreas para hacer efectivo el recaudo y revisión de actas de conciliación de cuentas médicas.
Implementar estrategias para mejorar la eficiencia de los procesos.	4	100%	En cumplimiento del indicador se realiza apoyo jurídico para identificar los procesos críticos en los pagos y cobros.

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia GESTIÓN FINANCIERA

El cumplimiento de las metas para la gestión financiera de la entidad en la vigencia 2025 alcanzó un cumplimiento del 87%:

- Se logró la suscripción del contrato para la implementación y automatización del ciclo económico en los procesos de admisiones, facturación y radicación de facturas en las diferentes plataformas de las entidades responsables de pago, con el propósito de optimizar la eficiencia operativa y mejorar la oportunidad en el recaudo.
- Desde el área de cartera se presentó la gestión realizada en materia de cobro y recuperación de cartera, soportada en informes de conciliación de cuentas médicas con la EPS Savia Salud, EPS Coosalud así como en reportes que evidencian el cumplimiento de las actividades de gestión de cartera para la recuperación de los recursos financieros de la E.S.E.
- Quedó con un nivel de cumplimiento menor el indicador de capacitación en el nuevo software de automatización del ciclo económico, meta que será alcanzada en la vigencia 2026.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Culminar la fase de implementación del software financiero que permita alcanzar el 100% de su automatización.
- Fortalecer el plan de capacitación del personal, ampliando su alcance al uso integral del sistema de gestión financiera, garantizando que los funcionarios cuenten con las competencias necesarias para su adecuada operación.
- Implementar un mecanismo de seguimiento a los compromisos adquiridos con las EPS para agilizar los procesos de pago y mitigar el impacto de las glosas definitivas.
- Se recomienda implementar un mecanismo de seguimiento periódico a los compromisos adquiridos en actas de conciliación suscritas con las Entidades Responsables de Pago (ERP), estableciendo cronogramas de verificación y alertas tempranas frente a incumplimientos, con el fin de activar oportunamente acciones persuasivas o judiciales.
- Si bien se encuentra definido el indicador de tiempo promedio de cobranza, durante el período evaluado no se ha logrado el cumplimiento de la meta establecida, evidenciándose la necesidad de fortalecer las estrategias de seguimiento y gestión de recaudo con las entidades responsables de pago.

Entidad: E.S.E Hospital La Maria		Área por evaluar: Subgerencia de Gestión y Operaciones	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 3: Gestión asistencial humanizada y equitativa			
Programa: 3.1 Programa de modernización de infraestructura y equipos médicos			
Objetivos Plan de Desarrollo: Ofrecer servicios de salud integrales, eficientes y satisfactorios, atendiendo las necesidades de los usuarios según el perfil epidemiológico institucional. Además, se enfatiza la creación de nuevos servicios y la capacitación continua del personal asistencial para fortalecer la gestión clínica y administrativa. Esto contribuye a garantizar una atención de alta calidad, fomentando la fidelización y satisfacción de los pacientes.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Realizar un estudio de necesidades de equipos médicos	1	100%	Se elaboró proyecto con metodología MGA para la adquisición de tecnología de imagen diagnostica como el tomógrafo y otros equipos biomedicos: adquisición de torre laparoscopia, adquisición de torre de endoscopia, adquisición de ecógrafo, adquisición de monitor de signos vitales avanzado, adquisición de cama electromecánica, adquisición de desfibrilador, adquisición de camilla de transporte, adquisición de tomógrafo, adquisición de equipos para resonancia nuclear magnética.

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: SUBGERENCIA DE GESTIÓN Y OPERACIONES

Desde la oficina de control interno se evalúa el compromiso asociado a realizar un estudio de necesidades de equipos médicos, de acuerdo a la evidencia presentada se tiene un resultado del 100% en el cumplimiento de la meta, ya que se elaboró proyecto para la adquisición de equipo biomédicos de la ESE Hospital la María, que busca la adquisición de equipos de última tecnología como el tomógrafo y resonador magnético, necesarios para la prestación oportuna y adecuada de los servicios de salud.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se recomienda continuar con el seguimiento técnico, financiero y administrativo al proyecto de adquisición de equipos biomédicos, garantizando el cumplimiento de las etapas de viabilidad, contratación, ejecución e implementación del proyecto para adquisición de equipos biomédicos en la ESE Hospital la María.

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Subgerencia Científica	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 3: Gestión asistencial humanizada y equitativa.			
Programa: 3.1 Programa de modernización de infraestructura y equipos médicos			
Objetivos Plan de Desarrollo: Ofrecer servicios de salud integrales, eficientes y satisfactorios, atendiendo las necesidades de los usuarios según el perfil epidemiológico institucional. Además, se enfatiza la creación de nuevos servicios y la capacitación continua del personal asistencial para fortalecer la gestión clínica y administrativa. Esto contribuye a garantizar una atención de alta calidad, fomentando fidelización y satisfacción de los pacientes.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Adquirir e instalar los nuevos equipos	10	100%	Se evidencia factura de compra Camillas para adecuación de espacios de oncología 22/12/2025 y Congelador de plasma nov/2025. Adquisición de equipo en el servicio de laboratorio clínico (quantiferon), equipos de comodatos 1 analizador de microelisa Gemini marca stratec, 1 ups energex, 1 mesa metálica para equipo y proceso, calibración de equipo repotenciador de endoscopia, se evidencia calibración de equipo arco C.
Desarrollo de infraestructura para la UPI especializada	1	100%	Se elaboró proyecto denominado “ análisis de oferta y demanda “ Construcción de la nueva torre clínica y de servicios especializados de la ESE Hospital la María”. El cual incluye, el contexto territorial y demográfico, perfil epidemiológico, la producción de servicios de acuerdo al reporte a la plataforma SIHO (2020-2025), la capacidad instalada de los servicios de

			salud. Se evidencia esquema arquitectónico del diseño del sótano que incluye la central de esterilización, almacenamiento de cilindros, cuarto angiógrafo, subestación eléctrica. Entre otros.
Capacitación del personal especializado en neurocirugía, cardiología y radiología intervencionista.	20	100%	Capacitación especializada en neuroimagen, cardiología y trauma vascular, se adjuntan listados de asistencia. Se evidencia lista de asistencia a capacitación de trauma vascular el día 10-10-2025, se evidencia lista de asistencia a la capacitación en neuroimagen el día 31-10-2025. Se evidencia listado de capacitación en neuro intervencionismo el día 25-07-2025

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Subgerencia Científica	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 4: Enfoque de servicios por la vida			
Programa: 4.1 Implementación de protocolos de atención humanizada, 4.2 atención integral y equitativa en salud.			
Objetivos Plan de Desarrollo: Promover la innovación y la investigación en salud, alineado con el objetivo 6 de fomento de la investigación y el desarrollo de nuevos servicios. Esto también contribuye a la optimización de procesos (objetivo 2) y a mejorar la atención del paciente (objetivo 8) garantizando servicios de calidad y adaptados a las necesidades de turno.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Capacitar al personal en atención centrada en el paciente.	40	100%	El personal de salud participo en jornadas en atención humanizada centrada en el paciente, Se aporta listado de asistencia de fecha 12-11-2025, pre, post, test, clips de la actividad y registro fotográfico.
Realizar un diagnóstico de las necesidades de población vulnerables.	1	100%	Se tiene informe de caracterización socioeconómica y diagnóstico de necesidades – población vulnerable VIH implementa ficha diagnostica de necesidades de la población vulnerable en servicios de hospitalización.
Implementar programas de atención diferenciada	1	100%	Se documento el protocolo para atención de población preferente código: PO-PPA-001 version:001

			fecha: 30/07/2025, se tiene el procedimiento para la atención con enfoque diferencial código: PR-PPA-015 versión: 002 fecha: diciembre de 20225, se realizó comunicado con fecha del 07/11/2025 donde la subgerente científica invita a la lectura y revisión del protocolo y el procedimiento de atención preferencial para garantizar una atención integral, equitativa y respetuosa hacia la población en situación de vulnerabilidad o con características diferenciales: personas con capacidad de discapacidad, comunidades étnicas, población LGTBI, gestantes, adultos mayores, habitantes de calle, víctimas del conflicto, entre otras.
Verificación y certificación de las condiciones y técnicas de infraestructura y equipos instalados	12	100%	Se realiza verificación de certificación de equipos y condiciones técnicas de infraestructura trimestralmente, por lo tanto se cuenta con los informes de seguimiento de los cuatro trimestres de la vigencia del año 2025: Trimestre I: certificados de mantenimiento de Torniquete, regulador de vacío, lampara cielitica. Trimestre II: certificados de mantenimiento de desfibrilador, cama hospitalaria, monitor de signos vitales, Trimestre III: certificado de mantenimiento de microscopio, micropipeta, electrocardiógrafo. Trimestre IV: lampara de cuello de cisne, camilla, bascula con tallímetro.
Coordinación con las áreas administrativas y científicas para definir flujos operativos	3	100%	Se documento el protocolo de procedimiento para la custodia de pertenencias de los pacientes en el servicio de quimioterapia código: PR-QMT-002, versión: 002 fecha: 22/10/2025, en este protocolo se tiene el esquema de atención de población con enfoque diferencial, talento humano requerido para la atención del

			paciente de acuerdo a la calidad, oportunidad y seguridad del paciente, además se describe el paso a paso desde el ingreso del paciente hasta la finalización de su atención. Se documento el procedimiento para la gestión segura de los medicamentos citostáticos código: PR-QMT-003, versión: 002 fecha 22/10/2025 para garantizar la gestión segura de los medicamentos y la atención de acuerdo a los procedimientos clínicos. En la institución se tiene el protocolo de para el manejo del cáncer de próstata código: PO-QMT-011, versión: 001 fecha: diciembre 2022, el cual se socializa con el personal de salud sobre la detección temprana, diagnóstico y tratamiento, seguimiento y rehabilitación urológica en hombres con riesgo, sospecha o confirmación de Cáncer de próstata. La líder del servicio de oncología diseño el protocolo de manejos oncológicos CA de cuello uterino – CA próstata. El cual tiene pendiente la formalización del documento desde el área de calidad. en el procedimiento se tiene definido el talento humano para la atención en salud, material, equipos biomedicos necesarios para la garantizar la seguridad del paciente, dispositivos e insumos, además describe la ruta de la intranet donde se pueden consultar las guías de atención GPC- lesiones-preneoplásicas-cuello-uterino. GPC-guía completa-cáncer-de-prostata-2025 de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de salud. Se evidencia el proyecto de implementación de unidad funcional de cáncer del adulto (UFCA) en la ESE Hospital la María, morbilidad de procedimientos y el flujo general de pacientes en el servicio de oncología. Cumpliendo con el criterio de
--	--	--	---

			coordinación en las áreas administrativas y científicas, en los procesos de ingreso, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de los pacientes, optimizando el diagnóstico y tratamiento del paciente oncológico.
Creación de un plan de apertura o oficial del centro, incluyendo la comunicación interna y externa	1	100%	Se evidencia cumplimiento del criterio a través de la apertura de nuevos servicios de salud: Se evidencia servicio de oncología clínica habilitado con el código del prestador: 0500106086 y distintivo de habilitación de servicios de salud: DHSS0498318. Durante la vigencia del año 2025, desde el área de subgerencia científica se logró la apertura de nuevos servicios de salud como: cirugía oncológica código del prestador: 0500106086, distintivo de habilitación de servicios de salud: DHSS0736711, ginecología oncológica código del prestador: 0500106086 distintivo de habilitación de servicios de salud: DHSS0736712, urología oncológica código del prestador: 0500106086 distintivo de habilitación de servicios de salud: DHSS0736713. Se evidencia aplicación de lista de chequeo para los servicios habilitados de acuerdo a los estándares de habilitación resolución 3100 de 2019 e informe de auditoría del servicio de oncología quirúrgica. Estos servicios quedaron operativos, en cumplimiento de la ruta integral de atención en pacientes de oncología y la ejecución del proyecto de implementación de unidad funcional de cáncer del adulto (UFCA).
Adecuación de infraestructura hospitalaria para garantizar accesibilidad	12	100%	Se evidencia mantenimiento del ascensor, informe de actividades de mantenimiento físico y aires acondicionado el día 28 de marzo de 2025. Mantenimientos de la infraestructura del 06 de abril al 28 de abril. mantenimiento de ascensor el

			día 01 de junio, mantenimiento de ascensor los días 22 de junio, 16 de junio al 21 de junio y 24 de junio al 28 de junio. Se evidencia informe técnico resumido de intervenciones y mantenimientos infraestructura, área de hospitalización 1er piso, III trimestre. Se realizaron adecuaciones de señalética y marcación de áreas del hospital, de acuerdo a comunicado radicado: I2025-00663.
Implementación de protocolos de atención inclusiva y diferencial	1	100%	Protocolo de atención inclusiva y diferencial, guía de evaluación de implementación realizada. La institución cuenta con el protocolo para la atención de población preferente código: PO-PPA-001, versión 001, fecha: 30/07/2025. El cual establece los lineamientos institucionales para la atención prioritaria, preferencial y con enfoque diferencial conforme a la política de humanización de servicios de salud. Se tiene documentado el procedimiento para la atención con enfoque diferencial código: PR-PPA-015, versión: 002, fecha: diciembre de 2022, en consecuencia para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud y todas las formas de exclusión y discriminación, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud. Se tiene registros que evidencia la adopción de la política de humanización de los servicios con código: PL-DIE-003, versión: 003, fecha: 17/03/2025, que incluye los deberes y derechos de los usuarios, mecanismos de información y estrategias para la atención de manera oportuna, segura, con calidad y seguridad del paciente.
Capacitación al personal en atención a poblaciones vulnerables	40	100%	Capacitación a gestores comunitarios y personal de salud de proyectos de salud pública. Se evidencia registros de capacitación en atención a

		población vulnerable (dos registros).
--	--	---------------------------------------

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Subgerencia Científica	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 6: Innovación, ciencia e investigación para la vida			
Programa: 6.1 Investigación en salud pública, 6.2 Formación en investigación para el personal.			
Objetivos Plan de Desarrollo: Generar soluciones innovadoras y científicas que contribuyan a la mejora de la salud pública, con especial énfasis en la población vulnerable. Esto se relaciona con el objetivo estratégico de promover la investigación y la innovación en salud, contribuyendo a mejorar la calidad de los servicios y la prevención de enfermedades en la comunidad. Además, apoya la promoción de la salud a través de medidas costo – efectivas.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Diagnóstico de necesidades y selección de tecnologías de rehabilitación	12	100%	Se evidencia informe elaborado por la fisioterapeuta de la institución que relaciona en el primer y segundo semestre del año 2025, el diagnostico de necesidades y selección de tecnologías en rehabilitación.
Capacitación del personal en el uso y mantenimiento de dispositivos avanzados.	50	100%	Durante la vigencia del año 2025 se realizó capacitación en tecnología de rehabilitación el día 12 de diciembre de 2025. Se tiene la presentación de tecnología aplicada en fisioterapia .
Adaptación de infraestructura para la implementación de áreas de rehabilitación	1	100%	Adaptación de área de fisioterapia, se entrega informe donde se evidencia el estado físico del servicio de fisioterapia, reubicación temporal del servicio como medida de contingencia, adecuaciones eléctricas y de conectividad y estado actual del servicio de fisioterapia.
Evaluación del desempeño y retroalimentación de los profesionales capacitados	1	100%	Se llevó un resultado de cumplimiento de un 100%, correspondiente al desempeño y retroalimentación de los profesionales capacitados, capacitaciones centradas en las atención centrada en el paciente, el uso de herramientas de realidad virtual, se registra un total de 15 encuestas analizadas, como insumo para el mejoramiento contino de los procesos formativos institucionales.

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: SUBGERENCIA CIENTIFICA

La Oficina de Control Interno evaluó la gestión de la Subgerencia Científica de la E.S.E. Hospital La María en el marco del MIPG y del Plan de Desarrollo institucional, evidenciando un cumplimiento del 100 % de las metas asociadas al objetivo de promover la innovación, la investigación en salud y la oportunidad de la atención al paciente.

- Se realizó la caracterización socioeconómica de pacientes con VIH.
- Se destacó el fortalecimiento de competencias del personal mediante capacitaciones en atención centrada en el paciente y en poblaciones vulnerables, superando las metas programadas.
- Fortalecimiento al equipo de salud en capacitaciones en neuroimagen, trauma vascular, neurointervencionismo.
- Renovación de tecnología Gemini, alinity, filmarray, quantiferon.
- Mantenimiento de equipos biomedicos e infraestructura hospitalaria.
- Documentación de protocolos de para la atención de pacientes oncológicos, atención segura de medicamentos y custodia de pertenencias.
- Se logró la implementación de programas y protocolos de atención inclusiva, diferencial y atención de población preferente.
- cumplimiento de acciones relacionadas con infraestructura, equipamiento y accesibilidad de los servicios de salud.
- Se logro la habilitación de servicios de salud como cirugía oncológica, ginecología oncológica y urología oncológica.
- Durante la vigencia 2025 se logró la ejecución de la ruta integral de para atención en pacientes de oncología y la ejecución del proyecto de implementación de unidad funcional de cáncer del adulto (UFCA), apertura del nuevo servicio que incluye talento humano, medicamentos, realización de procedimientos garantizando la accesibilidad y eliminación de barreras en la atención de servicios de salud en el Departamento de Antioquia.
- Se elaboró proyecto denominado “ análisis de oferta y demanda “ Construcción de la nueva torre clínica y de servicios especializados de la ESE Hospital la María. Tendientes a mejorar la infraestructura clínica de los servicios de salud.

En conclusión el área de Subgerencia Científica presentó un desempeño altamente favorable, superando la meta establecida, por el compromiso en su gestión, alineado con los objetivos estratégicos institucionales, orientado a una atención integral, inclusiva y de calidad. reflejando un alto compromiso institucional y liderazgo en el mejoramiento continuo de la prestación de servicios en salud.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Continuar con las gestiones ante el Ministerio de salud para la adquisición del equipo de resonador.
- Garantizar la sostenibilidad operativa de los nuevos servicios, evaluando periódicamente los requerimientos de talento humano, mantenimiento de equipos y recursos financieros asociados.
- Realizar seguimiento periódico a la implementación de los protocolos inclusivos y diferenciales, garantizando su aplicación efectiva en todos los servicios asistenciales.
- Continuar con las jornadas de capacitación en atención humanizada centrada en el paciente.

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Gestión ambiental	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 7: Medio ambiente sano y seguro, dejando huella para la vida.			
Programa: 7.1 Sostenibilidad y cuidado ambiental			
Objetivos Plan de Desarrollo: Fortalecer la gestión de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente e infraestructura, mediante el desarrollo de procesos estratégicos alineados con la normatividad legal vigente, promoviendo la mejora continua.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Diseñar estrategias de sostenibilidad y cuidado ambiental	2	100%	Capacitaciones en el fortalecimiento de temas de gestión ambiental. (capacitación técnica sobre el manejo, identificación, recolección y disposición segura de caracol gigante africano (achatina fulica). Acompañamiento desde el área de seguridad y salud en el trabajo en el uso adecuado de elementos de protección personal. Se gestionó un vivero municipal de plántulas para el embellecimiento del Hospital y el cuidado del medio ambiente. Se espera otras plántulas que se van a donar para sembrar en el segundo piso de la torre administrativa y la zona de la unidad renal.

Realizar campañas de sensibilización sobre el medio ambiente	12	92%	Se realizan capacitaciones ambientales orientadas a fomentar la cultura institucional en torno a la protección del entorno, el cumplimiento normativo y la correcta gestión de los residuos hospitalarios. Temáticas: PGIRASA, código de colores y clasificación adecuada de los residuos, rutas internas de recolección y destinación final de los residuos, socialización de la política cero papel. Se realizan auditorías internas en los servicios asistenciales, lo que permite reforzar y corregir malas prácticas. Se registra listado de asistencia de la vigencia (01/10/2025, 14/10/2025, 04/10/2025, 18/10/2025) de asistencia a capacitaciones en gestión ambiental.
Implementación de sistemas de energía renovable	12	17%	Desde el Área de Gestión Ambiental se adelantan acciones para implementar sistemas de energía solar en el hospital, con el fin de reducir el consumo energético, las emisiones de CO ₂ y generar ahorros económicos. Se realizó una visita técnica con EPM y se está a la espera de su cotización con diferentes modelos de inversión. Adicionalmente, se evaluó una propuesta de TERSO S.A.S. que proyecta importantes beneficios ambientales y financieros. Como estrategia complementaria, se gestionó la instalación de paneles solares autónomos para iluminación en zonas estratégicas, proceso que ya se encuentra en etapa de adquisición. Se han recibido dos propuestas de la empresa ERGO ENERGI y GE+ relacionadas con la implementación de sistemas de energía renovable, Estas iniciativas reflejan el compromiso institucional con la sostenibilidad y la eficiencia energética.
Instalación de paneles solares en instalaciones	1	0%	Desde el Área de Gestión Ambiental se adelantan gestiones para la implementación de sistemas de energía solar en el hospital, incluyendo propuestas con EPM y TERSO S.A.S., así como paneles solares autónomos en zonas

			estratégicas, con el fin de reducir el consumo energético, la huella de carbono y generar ahorros económicos.
Evaluación y seguimiento de las acciones para la reducción de huella de carbono	1	0%	En el marco del seguimiento al Plan Operativo Anual de Inversión (POAI) 2025, el Hospital La María E.S.E. ha definido como línea estratégica el compromiso con la sostenibilidad ambiental y la reducción de su huella de carbono. Sin embargo, actualmente no cuenta con una línea base ni con un inventario de emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI), lo que impide realizar un seguimiento técnico y confiable de este objetivo. Para avanzar, es indispensable identificar y cuantificar todas las fuentes de emisión, tanto directas como indirectas, así como definir un año base con información completa y validada. Este proceso requiere la articulación de múltiples áreas del hospital (servicios generales, gestión ambiental, almacén, áreas administrativas, talento humano, entre otras) y la consolidación de los indicadores ambientales existentes bajo metodologías estandarizadas como el GHG Protocolo o la ISO 14064. Solo una vez construida la línea base será posible establecer indicadores verificables, definir metas realistas y diseñar acciones efectivas de reducción de emisiones. En este sentido, el Área de Gestión Ambiental recomienda iniciar de manera prioritaria el proceso de identificación y cálculo de la huella de carbono institucional, con el respaldo del Comité GAGAS y la asignación de recursos humanos y técnicos, ya que sin este paso previo resulta inviable avanzar de forma significativa en las acciones de sostenibilidad planteadas.

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: GESTION AMBIENTAL

Las metas trazadas para la vigencia 2025 en materia de gestión ambiental lograron un cumplimiento de 42%, pues se obtuvo resultado de cero para dos de los 5 indicadores propuestos, referentes a la instalación de paneles solares y medición de la huella de carbono. Sin embargo, se han realizado gestiones necesarias para alcanzar el resultado esperado.

La Oficina de Control Interno evaluó el proceso de Gestión Ambiental de la E.S.E. Hospital La María, en el marco del Direccionamiento Estratégico del MIPG y la Línea 7 del Plan de Desarrollo: Medio ambiente sano y seguro, dejando huella para la vida.

Los resultados evidencian avances significativos en la sensibilización ambiental y fortalecimiento de la cultura institucional, destacándose el diseño e implementación de estrategias de sostenibilidad, capacitaciones técnicas y campañas orientadas al adecuado manejo de residuos hospitalarios y la protección del entorno.

No obstante, se identifican brechas en la implementación de sistemas de energía renovable y en la medición de la huella de carbono, dado que estas actividades se encuentran en etapa de gestión y planeación, sin ejecución efectiva ni línea base definida que permita su seguimiento técnico.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Dar seguimiento al proyecto de instalación de paneles solares y elegir la propuesta más acertada para iniciar con el cumplimiento de esta actividad, ya que el resultado se encuentra en un 0%.
- Consolidar una línea base que permita cuantificar todas las fuentes de emisión y garantizar el compromiso de sostenibilidad ambiental y la reducción de la huella de carbón.
- Establecer indicadores ambientales verificables, que permitan realizar seguimiento periódico a las acciones de sostenibilidad y evaluar su impacto ambiental y financiero.
- Priorizar la toma de decisiones frente a la implementación de energías renovables, definiendo modelos de inversión, cronogramas y responsables para avanzar de la fase de gestión a la ejecución efectiva.
- Garantizar el acompañamiento del Comité GAGAS, así como la asignación de recursos humanos y técnicos necesarios para el fortalecimiento de la gestión ambiental institucional.

Entidad: E.S.E Hospital La Maria		Área por evaluar: Atención al usuario	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 5: Compañía, amor y humanización al servicio de todos			
Programa: 5.1 Estrategias de comunicación efectiva			
Objetivos Plan de Desarrollo: Responder de manera oportuna las necesidades y problemáticas de la comunidad, asegurando el cumplimiento de los derechos humanos y la participación social en salud. Se relaciona con el objetivo estratégico de mejorar la atención al paciente y la satisfacción del usuario, garantizando un servicio accesible y humanizado. Además apoya la optimización de procesos mediante el uso de herramientas tecnológicas para mejorar la atención.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Evaluar la efectividad de las estrategias de comunicación	12	100%	Se realizó la gestión mensual de las PQR, garantizando su análisis, trámite y seguimiento oportuno. Asimismo, se aplicaron encuestas de satisfacción a los pacientes con el fin de evaluar la percepción del servicio y promover acciones de mejora continua. Se dio cumplimiento al indicador establecido mediante la elaboración de informes de seguimiento trimestral, respaldados por la ficha técnica de indicadores del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU). En la oficina de SIAU reposa la información física de las encuestas aplicadas a los usuarios y en la página web institucional del Hospital La María, se encuentra publicados los informes de PQR trimestralmente.

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: **ATENCION AL USUARIO**

La Oficina de Control Interno evaluó el proceso de Atención al Usuario de la E.S.E. Hospital La María, en el marco de la Línea 5 del Plan de Desarrollo: Compañía, amor y humanización al servicio de todos, orientada a garantizar una atención accesible, oportuna y humanizada, en cumplimiento de los derechos de los usuarios y la participación social en salud.

- Se tiene los informes trimestrales de la oficina de atención del usuario donde se establece la gestión del servicio, soportando el seguimiento de las PQR y la aplicación de encuestas de satisfacción de los pacientes.

- Desde la oficina se destaca las capacitaciones a los usuarios en los deberes y derechos en salud, además la implementación de campaña de higiene de manos. El proceso presenta un nivel de cumplimiento del 100% en su proceso.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Optimizar el uso del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), garantizando la actualización permanente de los indicadores y su análisis periódico para la toma de decisiones.
- Dar cierre a los planes de mejoramientos resultados de seguimientos a los informes trimestrales desde la oficina de control interno
- Asignación de un turnero que permita la clasificación y priorización de esta atención en la sede de castilla, en cumplimiento de la política preferencial de la institución.

Entidad: E.S.E Hospital La Maria		Área por evaluar: Docencia e investigaciones (Científicas)	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 6: Innovación, ciencia e investigación para la vida			
Programa: 6.1 investigación en salud pública, 6.2 Formación en investigación para el personal			
Objetivos Plan de Desarrollo: Generar soluciones innovadoras y científicas que contribuyan a la mejora de la salud pública, con especial énfasis en la población vulnerable. Esto se relaciona con el objetivo estratégico de promover la investigación y la innovación en salud, contribuyendo a mejorar la calidad de los servicios y la prevención de enfermedades en la comunidad. Además, apoya la promoción de la salud a través de medidas costo-efectivas.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Identificar líneas de investigación prioritarias.	3	100%	Se define de acuerdo a las causas de atención más frecuentes en la ESE Hospital y sus especialidades tratantes las líneas de investigación. Se tiene documento donde se establecen las líneas institucionales de investigación radicado No. I2025-00824 fecha: 2025-12-29 a continuación se relacionan las líneas adscritas:

			1. Enfermedades infecciosas y condiciones asociadas con énfasis en infecciones de alta complejidad, infecciones oportunistas, resistencia antimicrobiana, coinfecciones, infecciones en pacientes inmunocomprometidos y eventos de interés en salud pública, 2. VIH, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles prioritarias, incluyendo aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos, terapéuticos, de adherencia, desenlaces clínicos y mortalidad. 3. Morbilidad y mortalidad hospitalaria, orientada al análisis de causas, factores asociados, eventos adversos, calidad de la atención, seguridad del paciente y resultados en salud. 4. Atención integral del paciente crónico y de alta complejidad, incluyendo enfermedades hepáticas, oncológicas, cardiovasculares, neurológicas, respiratorias y otras patologías que concentran carga significativa de enfermedad en la institución. 5. Salud pública hospitalaria y determinantes sociales de la salud, abordando inequidades en salud, acceso a servicios, continuidad del cuidado, trayectorias de atención y articulación interinstitucional. 6. Calidad, seguridad del paciente y gestión del riesgo en salud, incluyendo evaluación de procesos asistenciales, mejora continua, análisis de eventos de seguridad y resultados institucionales. 7. Educación, docencia – servicio e investigación aplicada en servicios de salud , orientada al fortalecimiento del talento humano, la formación clínica y la generación de conocimiento desde la práctica asistencial.
Desarrollar proyectos de investigación	8	100%	Se adjunta informe con la descripción de cada artículo realizado. 1. Absceso pulmonar por Mucor indicus y Nocardia bhagyanarayanae en paciente diabética, 2. Absceso cerebral por Mycobacterium tuberculosis resistente a rifampicina: reto diagnóstico y terapéutico, 3. Meningeal and orbital cryptococcosis: a rare presentation

			in a non-HIV elderly male complicated with refractory hypokalemia, 4. Protocolos de desensibilización a TMP-SMX en la práctica clínica: experiencia de 5 años, 5. Hematomas epidurales múltiples y simultáneos: serie de casos, 6. Manejo quirúrgico de hematomas subdurales crónicos: cambios recientes del paradigma, 7. Enfoque inicial del paciente con TCE severo I y II, 8. Trauma craneoencefálico: dudas y certezas del siglo XXI, 9. Síndrome de hipertensión intracraneal, 10. Fractura dorsolumbar: caso clínico. 11. Requerimientos transfusionales en TCE severo. 12. Cirugía de control de daños en neurotrauma. 13. International consensus on the minimally invasive management of traumatic brain injury.
Realización de procedimientos administrativos en la UPI	1000	100%	Se adjunta listado de nominal de pacientes atendidos durante el año, registros de atenciones de servicios de cardiología vascular, registros de diagnóstico de infarto enero- diciembre.
Realizar cursos y talleres en investigación científica.	40	100%	Se realiza capacitación de rutas de investigación, con fecha del 28 de noviembre de 2025. Ruta de investigador, se anexa registro fotográfico, encuesta de satisfacción de investigación científica, post test de investigación y pre test de capacitación.
Desarrollar proyectos prácticos de investigación.	1	100%	Se tiene proyecto prácticos de investigación, MPOX: Characterization and clinical outcomes of patients in colombian healthcare institutions.

Desarrollo e integración de bibliotecas virtuales con escenarios interactivos.	1	100%	Se evidencia acceso de bibliotecas virtuales donde se dispone las herramientas y recursos digitales para acceder a la información de manera confiable y actualizada. Estas bibliotecas virtuales están dirigidas a estudiantes, internos y personal asistencial. Se dispone bibliotecas virtuales de las siguientes universidades: 1. universidad remington, 2. universidad EIA, 3. universidad UNAC, 4. universidad CES, 5. Universidad pontificia bolivariana.
Capacitación del personal médico y técnico en el uso de tecnologías de RV.	40	100%	En marco de cumplimiento del criterio de capacitación del personal médico y técnico en el uso de tecnologías se registra la capacitación en realidad virtual de la formación en salud y en la práctica clínica en salud, con fecha del día 21 de noviembre de 2025. Se evidencia el registro de asistentes, el diligenciamiento del pre test , post test y registro fotográfico, que reposa en el área de subgerencia científica.

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: DOCENCIA E INVESTIGACIONES (CIENTIFICAS)

De acuerdo con la revisión de la información y evidencias presentadas por el área de Docencia e Investigaciones (Subgerencia Científica) de la **E.S.E Hospital La María**, se evidencia el cumplimiento del 100% de las metas establecidas dentro de la Dimensión de Direccionamiento Estratégico del MIPG, en concordancia con la Línea 6 del Plan de Desarrollo Institucional: *Innovación, ciencia e investigación para la vida*.

- Se definieron líneas institucionales de investigación en salud.
- Desarrollo de proyectos científicos y publicaciones académicas.
- Fortalecimiento de escenarios de docencia – servicio.
- Integración de bibliotecas virtuales.
- Fortalecimiento del equipo de salud en nuevas tecnologías.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno considera que el desempeño del área evaluada es altamente satisfactorio, evidenciándose cumplimiento de metas.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Continuar promoviendo la formación del talento humano en investigación científica, ampliando la participación interdisciplinaria y fomentando la producción académica institucional.

Entidad: E.S.E Hospital La Maria		Área por evaluar: Trabajo social	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 5: Compañía, amor y humanización al servicio de todos			
Programa: 5.2 Apoyo Integral de Bienestar Emocional y Duelo			
Objetivos Plan de Desarrollo: Responder de manera oportuna a las necesidades y problemáticas de la comunidad, asegurando el cumplimiento de los derechos humanos y la participación social en salud. Se relaciona con el objetivo estratégico de Mejorar la Atención al Paciente y la Satisfacción del Usuario, garantizando un servicio accesible y humanizado. Además, apoya la Optimización de Procesos mediante el uso de herramientas tecnológicas para mejorar la atención.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Desarrollar programas de apoyo integrado	1	100%	Los programas se encuentran en plan de diseño, para ser presentados en el mes de Julio, con el fin de que se comiencen a implementar en agosto.
Realizar acompañamiento psicológico al personal.	40	100%	Se realizaron mediante el programa del escuchadero, se reportan lista de asistencia de las personas atendidas y satisfacción del personal.

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: TRABAJO SOCIAL

- El área de Trabajo Social evidencia avances alineados con el Plan de Desarrollo institucional, especialmente en el fortalecimiento del bienestar emocional y la humanización del servicio. Las acciones desarrolladas, como la socialización del simulacro de emergencias y la ejecución del programa “El Escuchadero”, demuestran una orientación hacia la atención integral del usuario y del talento humano, contribuyendo al cumplimiento del objetivo de mejorar la atención al paciente y la satisfacción del usuario.
- Respecto al acompañamiento psicológico al personal, se evidencia cumplimiento de la meta establecida mediante la ejecución del programa institucional, lo cual fortalece el bienestar laboral, favorece el clima organizacional y contribuye indirectamente a la calidad del servicio prestado.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Formalización del seguimiento a los programas diseñados, estableciendo cronogramas, responsables y mecanismos de evaluación periódica que permitan evidenciar avances ante los procesos de control institucional

Entidad: E.S.E Hospital La Maria		Área por evaluar: Comunicaciones	
Dimensión del MIPG: Información y comunicación			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 5: Compañía, amor y humanización al servicio de todos			
Programa: 5.1 estrategias de comunicación efectiva			
Objetivos Plan de Desarrollo: Responder de manera oportuna a las necesidades y problemáticas de la comunidad, asegurando el cumplimiento de los derechos humanos y la participación social en salud. Se relaciona con el objetivo estratégico de mejorar la atención al paciente y la satisfacción del usuario, garantizando un servicio accesible y humanizado. además, apoya la optimización de procesos mediante el uso de herramientas tecnológicas para mejorar la atención.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Diseñar e implementar campañas de comunicación interna.	24	100%	Se dio cumplimiento al plan de comunicaciones institucional en la ejecución de piezas comunicacionales como: Socialización del plan de desarrollo, deberes y derechos de los usuarios, día mundial de la tuberculosis, nuevas líneas de atención, día mundial de la higiene de manos, socialización del sistema de control interno, informativos sobre inscripción al comité de bienestar laboral, comité paritario de seguridad y salud en el trabajo – copasst, comité de convivencia laboral – cocolab, comisión de personal, prevención de riesgo biológico, semana de seguridad del paciente, socialización simulacro de emergencias institucional, socialización modificación transitoria de la jornada laboral, socialización cambios señalética y numeración área asistencial, divulgación campaña contra uso de la pólvora.

Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
COMUNICACIONES

campañas de comunicación: A diciembre 31 de 2025, se cumplió con las metas establecidas haciendo uso de las redes sociales para maximizar la información de las

diferentes campañas educativas sobre temas de salud como:

- Deberes y derechos de los usuarios.
- Día mundial de la higiene de manos.
- Prevención de riesgo biológico.
- Semana de la seguridad del paciente.
- Divulgación de la campaña contra uso de la pólvora.
- Semana del control interno.
- Inscripción a los diferentes comités institucionales.
- Se socializó a los usuarios sobre la señalética que incluye horarios de atención en la ESE Hospital.
- Socialización de la modificación transitoria de la jornada laboral y los lineamientos del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG).

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

La evaluación de la vigencia 2025 arroja resultados positivos, la Oficina de Control Interno dado que el resultado es el 100% de cumplimiento de las actividades programadas.

Entidad: E.S.E Hospital La Maria		Área por evaluar: Seguridad y salud en el trabajo	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 8: Gestión integral del talento humano que trabaja con amor por la vida			
Programa: 8.2 Bienestar y salud laboral			
Objetivos Plan de Desarrollo: Fortalecer el talento humano del hospital, asegurando su desarrollo profesional y bienestar integral para garantizar una atención de calidad, eficiente y humanizada. Este objetivo se relaciona con el objetivo estratégico de mejorar la calidad de los servicios de salud, ya que un personal motivado y comprometido es clave para lograr una atención de excelencia. Además, apoya la sostenibilidad institucional al promover un ambiente de trabajo seguro y adecuado para el personal.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta	Resultado	Análisis de los Resultados.
Desarrollar iniciativas enfocadas en la salud física y emocional.	30	100%	Se realizaron inducciones SST, de igual forma se realizaron las actividades de pausas activas, entre otras capacitaciones impartidos en diferentes fechas

			durante la vigencia (01, 02, 03, 04, 05, 08, 09, 10, 11, 12, 15, 16, 18 de septiembre de 2025). Se evidencia con el registro de asistentes y registro fotográfico, que reposa en el área de talento humano.
--	--	--	---

**Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

- Se modificó la política de seguridad y salud en el trabajo (resolución No. 274) 09 de octubre de 2025.
- Se realizaron pausas activas para el personal, tanto de planta, administrativo y de agremiaciones.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Divulgar la política de seguridad y salud en el trabajo en las inducciones de SST a través de página web , chats, correo electrónico, reuniones de personal administrativo y personal asistencial.
- Promover a todos los colaboradores la cultura del autocuidado, mediante el uso de los elementos de protección personal (EPP), así como la identificación, prevención y control de los riesgos laborales.
- Realizar inspecciones mensuales en los diferentes servicios asistenciales, con el fin de identificar condiciones y actos inseguros, e implementar estrategias de educación, comunicación e información orientadas al autocuidado y prevención de enfermedades y accidentes laborales.

3. CONCLUSIONES

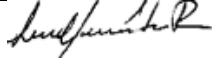
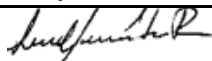
El resultado de la Evaluación a la gestión para la vigencia 2025 alcanzó un cumplimiento del 92.6%, de acuerdo al análisis realizado para cada uno de los indicadores del POAI

En términos generales, las dependencias de la ESE Hospital La María que fueron evaluadas, dieron cumplimiento a las metas e indicadores plasmados en el Plan de Desarrollo (POA) correspondiente a la vigencia 2025, obteniendo un porcentaje de cumplimiento en forma general aceptable, mostrando un fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, articulado con los demás sistemas.

Las áreas evaluadas presentan en su mayoría, cumplimiento total o superior a las metas propuestas, destacándose especialmente los avances en capacitación del talento humano, implementación de programas de bienestar laboral, fortalecimiento de competencias especializadas, modernización de equipos médicos y desarrollo de estrategias orientadas a la atención inclusiva y centrada en el paciente, lo cual contribuye al mejoramiento de la calidad del servicio y al cumplimiento de los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

No obstante, el proceso de evaluación permitió identificar oportunidades de mejora relacionadas principalmente con el fortalecimiento de la gestión ambiental, el replanteamiento de indicadores que permitan medir resultados más allá del cumplimiento de actividades, el cierre de brechas en procesos de capacitación, la culminación de proyectos tecnológicos y ambientales en fase de implementación, así como la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento y control en algunas dependencias donde no se aportó información suficiente para analizar dentro de la evaluación realizada.

En consecuencia, se concluye que la gestión institucional durante la vigencia evaluada se encuentra alineada con los objetivos estratégicos del Hospital; sin embargo, se hace necesario continuar fortaleciendo los procesos de planeación, seguimiento y evaluación, garantizando la trazabilidad de las acciones ejecutadas, la medición de su impacto y la mejora continua de la gestión institucional, con el fin de asegurar la sostenibilidad administrativa, financiera y asistencial de la entidad.

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
ELABORÓ	Kelly Johana Flórez Uribe Profesional de apoyo a Oficina de Control Interno		18/02/2026
REVISÓ	Lina Marcela Toro Ruiz, Jefe Oficina de Control Interno		18/02/2026
APROBÓ	Lina Marcela Toro Ruiz, Jefe Oficina de Control Interno		18/02/2026
Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			