

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIA

PRIMER SEMESTRE AÑO 2026

ELABORADO POR

VICTOR DANIEL GOMEZ RUEDA
PROFESIONAL DE APOYO – CONTRATISTA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

APROBADO POR
LINA MARCELA TORO RUIZ
JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Agosto 04 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 PRIMER SEMESTRE 2026	5
3. CONCLUSIONES	26

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 del primer semestre 2026, cumpliendo con el rol de evaluador independiente del sistema, por medio del análisis de los resultados de los indicadores contenidos en el POA, información consolidada por parte de la oficina de Planeación con corte a junio 30 de 2026, 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 30 de junio de 2026.

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.
POA (Plan operativo anual) 2026

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).

POA: Plan Operativo Anual, es un instrumento clave en la gestión pública que detalla los indicadores de gestión anuales de entidades alineados 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 POA, información consolidada por parte de la oficina de Planeación con corte a junio 30 de 2026.

Se evalúan los indicadores por línea estratégica y por dependencia, con una base de cumplimiento del 50%, por ser el seguimiento de mitad de año. Si el cumplimiento no se ha alcanzado, se mide el porcentaje logrado hasta el corte de este informe (30 junio) y para aquellos que obtuvieron un resultado superior de 50%, para el cálculo total de cumplimiento, solo se tiene en cuenta el cumplimiento del 50%.

Al final se suman los resultados de cada línea y se divide por el número de procesos que fueron responsables de la gestión de los indicadores.

2. EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS PRIMER SEMESTRE 2026

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 con los indicadores que cada una tienen a su cargo para el cumplimiento del POA:

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 POA es de 43,5% correspondiente al primer semestre 2026.

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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Realizar talleres de capacitación en gobernanza y responsabilidad.	4	50%	Durante el periodo evaluado se ejecutaron las actividades programadas correspondientes al segundo trimestre: la estrategia "Somos Integridad" (Código de Integridad), realizada el 26 de junio de 2026, con la participación de 174 servidores públicos y contratistas, orientada al fortalecimiento de los valores institucionales; y el taller " <i>Explorar las raíces de la infancia para entender formas de mitigar conflictos de grupo e individuales</i> ", realizado el 9 de junio de 2026, con la participación de 19 Servidores públicos y contratistas, enfocado en el fortalecimiento de competencias comportamentales para la prevención y manejo de conflictos. Soportado mediante listados de asistencia y registros fotográficos que reposan en el área de Talento Humano.
Implementar mecanismos de evaluación y seguimiento de gobernanza.	2	50%	Se realizó la evaluación de apropiación del Código de Integridad con una muestra de 33 servidores públicos y contratistas. Los resultados evidenciaron un 100 % de comprensión del propósito del Código de Integridad y de las acciones asociadas al valor del compromiso; un 97% de reconocimiento de su integración como política orientadora de la gestión del talento humano y un 91 % de identificación de los valores institucionales. Como aspecto por fortalecer, se evidenció la necesidad de reforzar el conocimiento del marco normativo, especialmente en lo relacionado con la Ley 2016 de 2020. Con esta actividad se alcanza un avance acumulado del 50 %

			de la meta anual, soportado mediante el informe de resultados de la evaluación.
Desarrollar e implementar el sistema de evaluación de competencias.	1	50%	Se implementó la herramienta de evaluación para la valoración de competencias del personal de planta, conforme a los lineamientos institucionales establecidos, dando cumplimiento al 50 % de la meta anual. La ejecución de la actividad fue certificada por el jefe de la Oficina de Personal y Nómina. Como soporte reposan en el área de Talento Humano los formatos de evaluación de desempeño de carrera administrativa (versión 13), los cuales no fueron cargados a OneDrive debido a que contienen información personal y laboral de carácter reservado y confidencial.
Capacitar al personal en el uso del sistema de evaluación.	20	50%	Se realizó la capacitación y orientación a los servidores públicos sobre el uso del sistema de evaluación, conforme a la programación institucional. La actividad fue certificada por el jefe de la Oficina de Personal y Nómina, Julián Osorno, el 30 de junio de 2026 y se encuentra soportada mediante el certificado firmado, el video instructivo para el personal y los formatos de Evaluación del Desempeño Laboral para Servidores de Carrera Administrativa y Libre Nombramiento y Remoción.

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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.

Desarrollar y aplicar programas de bienestar y salud mental.	1	50%	Se elaboró el Plan de Incentivos y Bienestar 2026, incluyendo el cronograma para el desarrollo de las actividades programadas y la tabla de presupuesto correspondiente a la vigencia 2026. La actividad se encuentra soportada mediante el plan de incentivos y bienestar
Realizar talleres y actividades recreativas para el personal	1	50%	Se realizó la conmemoración del Día de la Enfermera, como parte de las actividades recreativas y de bienestar dirigidas al personal, con la participación de 57 enfermeras. La actividad fue liderada por el Comité de Incentivos y Bienestar, con el propósito de promover el reconocimiento y bienestar del talento humano. Su ejecución se encuentra soportada mediante los listados de asistencia y el registro fotográfico correspondiente.
Capacitación del personal en bienestar laboral y motivación	20	50%	Se desarrollaron actividades de capacitación y bienestar laboral dirigidas al personal de la entidad. Se realizó el taller "Explorar las raíces de la infancia para entender formas de mitigar conflictos de grupo e individuales", el 9 de junio de 2026, con la participación de 19 colaboradores. Asimismo, se realizaron jornadas de pausas activas los días 8, 11, 15, 20, 25 y 27 de mayo; 3, 5, 10 y 24 de junio de 2026. Las actividades se encuentran soportadas mediante los respectivos listados de asistencia y registros fotográficos.

Línea Plan de Desarrollo: Línea 5: Compañía, amor y humanización al servicio de todos

Objetivos Plan de Desarrollo: línea 5.

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 Semestral

Resultado

Análisis de los Resultados.

Realizar acompañamiento psicológico al personal.	20	25%	Durante el primer semestre se realizó acompañamiento psicológico a 10 colaboradores mediante el espacio institucional de “Escuchadero”, atendiendo personal de las áreas de Hospitalización, Control Disciplinario, Seguridad del Paciente, SIAU, Archivo Clínico, UCI y Alianza Operativa. De la meta semestral establecida de 20 atenciones, se realizaron 10, alcanzando un 25 % de cumplimiento, por lo cual no se cumplió la totalidad de la meta programada para el semestre.
--	----	-----	---

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 semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Realizar actividades de integración y bienvenida.	1	50%	Se realizó la conmemoración del Día del Servidor Público, en el marco de la cual se socializó el Código de Integridad, con la participación de 174 servidores públicos y contratistas, según los listados de asistencia. Con esta actividad se dio cumplimiento de la meta establecida. La ejecución se encuentra soportada mediante los listados de asistencia y los registros fotográficos correspondientes.
Realizar evaluaciones periódicas del bienestar del personal.	2	50%	Se realizaron evaluaciones periódicas del bienestar del personal mediante la aplicación de encuestas de satisfacción en las actividades del Día de la Madre y Pre pensionados, con la participación de 28 servidores públicos y 13 pre pensionados, respectivamente. Los resultados fueron consolidados en los informes de tabulación y sus correspondientes gráficas, los cuales constituyen el soporte para el seguimiento y la implementación de acciones de mejora, dando cumplimiento a las actividades programadas.

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

Durante el primer semestre de 2026, se evidenció un cumplimiento consolidado del **47,5%** de las metas programadas para el periodo evaluado:

- De los diez (10) compromisos evaluados, nueve (9) presentaron un cumplimiento del 50%, correspondiente al porcentaje de la meta semestral programada, evidenciándose la ejecución de las actividades previstas y los respectivos soportes.
- En relación con las actividades de integración y bienvenida, se evidenció la conmemoración del Día del Servidor Público, en la cual se socializó el Código de Integridad, con la participación de 174 servidores públicos y contratistas, soportada mediante listados de asistencia y registros fotográficos.
- Se evidenció la realización de evaluaciones periódicas del bienestar del personal mediante la aplicación de encuestas de satisfacción relacionadas con las actividades del Día de la Madre y Pre-pensionados, con participación de 28 servidores públicos y 13 pre-pensionados, cuyos resultados fueron consolidados en informes de tabulación y gráficas.
- Se evidenció la elaboración e implementación del sistema de evaluación de competencias y la realización de actividades de capacitación y orientación al personal para su utilización, contando con los respectivos soportes documentales.
- Se evidenció la elaboración del Plan de Incentivos y Bienestar 2026, así como la ejecución de actividades recreativas, de bienestar, integración y capacitación dirigidas al personal, entre ellas la conmemoración del Día de la Enfermera y talleres relacionados con bienestar laboral, motivación, manejo de conflictos y fortalecimiento de competencias comportamentales.
- Se evidenció la ejecución de actividades de capacitación en gobernanza y responsabilidad, incluyendo la estrategia “Somos Integridad” y talleres orientados al fortalecimiento de los valores institucionales y la prevención y manejo de conflictos.
- Respecto a los mecanismos de evaluación y seguimiento de gobernanza, se evidenció la aplicación de la evaluación de apropiación del Código de Integridad a una muestra de 33 servidores públicos y contratistas, con resultados que permitieron identificar el nivel de comprensión y reconocimiento de los valores institucionales.
- En relación con el compromiso de acompañamiento psicológico al personal, se evidenció la atención de 10 colaboradores de una meta de 20, equivalente a un avance del 25% frente a la meta anual, siendo este el compromiso que presentó un avance inferior al correspondiente al periodo evaluado.
- En consecuencia, considerando los resultados de los diez (10) compromisos evaluados y aplicando igual ponderación, el cumplimiento consolidado de la dependencia para el primer semestre corresponde al 47,5%.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

- Fortalecer el seguimiento al acompañamiento psicológico dirigido al personal, con el propósito de ampliar la cobertura de atención y avanzar en el cumplimiento de la meta establecida para la vigencia, teniendo en cuenta que esta actividad presentó un avance del 25% frente al 50% correspondiente al periodo evaluado.
- Dar continuidad a las actividades de bienestar, integración, capacitación, evaluación de competencias y fortalecimiento de la cultura institucional que presentaron avances acordes con lo programado para el primer semestre, manteniendo los soportes que permitan evidenciar su ejecución y seguimiento.

Entidad: ESE Hospital La María		Área por evaluar: Dirección Financiera	
Dimensión del MIPG: Direccionamiento Estratégico			
Línea Plan de Desarrollo: Línea 2: Gestión financiera y administrativa para el desarrollo sostenible			
Programa: 2.1 Mejorar la gestión de los recursos financieros del hospital mediante la implementación de estrategias de optimización, control de costos y eficiencia en el uso de los fondos disponibles. Esto incluye la evaluación continua del desempeño financiero y la identificación de nuevas fuentes de financiamiento.			
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 la sostenibilidad financiera.			
Compromisos asociados al cumplimiento del objetivo Plan de Desarrollo	Medición compromiso		
	Meta Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Capacitar el personal en el uso del software de automatización del ciclo económico	3	50%	Se implementaron acciones orientadas a la optimización de los recursos humanos y tecnológicos mediante la instalación y puesta en funcionamiento de las plataformas SMARTFILES y SMARTRIPS. Durante el periodo se realizaron las jornadas de instalación, capacitación y entrega de los aplicativos, incluyendo la instalación de SMARTFILES en 48 equipos del hospital, la creación y entrega de 78 usuarios, la capacitación al personal de las diferentes áreas y del área de radicación, así como la entrega de la carga masiva y el armado de cuentas para el proceso de radicación. La ejecución de la actividad se encuentra soportada mediante actas de instalación, capacitación, entrega y listados de asistencia.

Línea Plan de Desarrollo: Línea 2: Gestión financiera y administrativa para el desarrollo sostenible.			
Programa: 2.2 Mejorar la gestión de pagos y cobros del hospital, a través de la implementación de procesos más ágiles, automatización de pagos y optimización de la cobranza. Se busca reducir los plazos de cobro, mejorar el flujo de caja y asegurar el pago oportuno a proveedores y colaboradores, promoviendo una estabilidad financiera en el hospital.			
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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Seguimiento a ejecución del presupuesto de gastos	2	50%	Durante el primer semestre se realizaron los dos (2) seguimientos programados a la ejecución del presupuesto de gastos, alcanzando un cumplimiento del 50 % de la meta anual. Como resultado del seguimiento, se evidenció una ejecución presupuestal del 60,10 %. La actividad se encuentra soportada mediante la tabla de indicadores de ejecución del presupuesto hospitalario.
Identificar procesos críticos de cobro que permitan optimizar los tiempos de cobranza. 2. Realizar seguimiento al indicador de cuentas por cobrar	2	50%	Durante el periodo evaluado se realizaron diferentes gestiones orientadas al seguimiento y optimización del proceso de cobro, mediante conciliaciones y acciones de recuperación de cartera con diferentes entidades, entre ellas Nueva EPS, Mutual SER, Comfachocó, Compensar, Caja de Compensación Familiar del Chocó, Aseguradora Solidaria, Allianz Seguros y Coosalud, así como gestiones ante ADRES y FOMAG. Asimismo, se realizó seguimiento al indicador de rotación de cuentas por cobrar, tomando como referencia la cartera total. Las gestiones adelantadas y el seguimiento al indicador se encuentran soportados mediante los documentos y evidencias correspondientes.

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

Durante el primer semestre de 2026, la dependencia reportó un cumplimiento del 50% de las metas programadas para la gestión financiera:

- Se evidenció el seguimiento a la ejecución del presupuesto de gastos mediante los dos seguimientos programados para el primer semestre, registrándose una ejecución presupuestal del 60,10%, soportada en la tabla de indicadores de ejecución presupuestal del Hospital.
- En relación con la gestión de cobro y el seguimiento al indicador de cuentas por cobrar, se evidenciaron diferentes acciones orientadas a la conciliación y recuperación de cartera con las entidades responsables del pago, así como gestiones adelantadas ante ADRES y demás entidades relacionadas con la cartera institucional. Las actividades se encuentran soportadas mediante los documentos y evidencias correspondientes.
- Respecto a la capacitación del personal en el uso del software de automatización del ciclo económico, se evidenciaron actividades relacionadas con la instalación y puesta en funcionamiento de las plataformas SMARTFILES y SMARTRIPS, incluyendo la instalación de SMARTFILES en 48 equipos, la creación y entrega de 78 usuarios y jornadas de capacitación al personal de las diferentes áreas y del área de recaudación. Las actividades cuentan con soportes como actas de instalación, capacitación, entrega y listados de asistencia.
- De acuerdo con las evidencias revisadas, se observa avance en la ejecución de los compromisos correspondientes al primer semestre, con un cumplimiento reportado del 50% para el periodo evaluado.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Fortalecer el seguimiento a la ejecución presupuestal, mediante el análisis periódico de los resultados frente a las metas establecidas, con el fin de identificar oportunamente desviaciones y adoptar las acciones correspondientes.
- Continuar fortaleciendo las estrategias de gestión y recuperación de cartera, priorizando las cuentas de mayor antigüedad y cuantía, y realizando seguimiento a los resultados obtenidos en las conciliaciones y gestiones de cobro adelantadas con las diferentes entidades responsables del pago.
- Continuar con las jornadas de capacitación y acompañamiento al personal en el uso de las herramientas tecnológicas implementadas para la automatización del ciclo económico, verificando su apropiación y utilización efectiva por parte de los usuarios.
- Mantener el seguimiento periódico a los compromisos establecidos en el POA, dejando evidencia de las actividades ejecutadas y de los resultados alcanzados, como mecanismo para fortalecer el cumplimiento de las metas programadas para la vigencia.

Entidad: E.S.E Hospital La María	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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Realizar un estudio de necesidades de equipos médicos	1	0%	No se elaboró el estudio técnico ni la lista priorizada de equipos médicos requeridos, por lo que no se dio cumplimiento a la meta programada para el periodo. En consecuencia, el avance de la actividad corresponde al 0 %.

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

Durante el primer semestre de 2026, se evidenció un cumplimiento del 0% frente a la meta programada para el periodo, correspondiente a la realización de un estudio de necesidades de equipos médicos.

- De acuerdo con la información reportada y las evidencias revisadas, no se elaboró durante el periodo evaluado el estudio técnico ni la lista priorizada de equipos médicos requeridos, por lo cual no se evidenció avance en el cumplimiento de la meta establecida para el primer semestre.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROLINTERNO

- Elaborar el estudio técnico de necesidades de equipos médicos y la correspondiente lista priorizada, considerando criterios de necesidad asistencial, estado y vida útil de los equipos, demanda de servicios y condiciones de operación.
- Fortalecer la planeación y seguimiento de las actividades programadas en el POA, estableciendo responsables y cronogramas que permitan identificar oportunamente posibles retrasos en el cumplimiento de las metas.
- Articular los resultados del estudio de necesidades de equipos médicos con la planeación de adquisiciones y la disponibilidad presupuestal de la institución, de manera que se facilite la toma de decisiones para el fortalecimiento de la capacidad asistencial.

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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Adquirir e instalar los nuevos equipos	3	50%	Se realizó la adquisición e instalación de los equipos médicos programados, correspondientes a un aspirador, un laringoscopio y un monitor, dando cumplimiento al 50 % de la meta establecida. La ejecución de la actividad se encuentra soportada mediante actas de entrega, facturas, registros de ingreso a activos, hojas de vida de los equipos y evidencia fotográfica.
Capacitación del personal especializado en neurocirugía, cardiología y radiología intervencionista.	60	50%	Durante el periodo evaluado se realizaron dos capacitaciones dirigidas al personal médico especializado. La primera, sobre Código ACV, se realizó el 10 de abril de 2026, con la participación de 20 asistentes, y la segunda, sobre Infarto Agudo de Miocardio (Cardiología), se realizó el 16 de enero de 2026, con la participación de 42 asistentes. Las actividades se encuentran soportadas mediante listados de asistencia y registro fotográfico.

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: 4.2 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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Realizar la atención a población vulnerable	12.000	50%	Durante el primer semestre se brindó atención a la población vulnerable, registrando 24.118 atenciones en el primer trimestre y 24.902 atenciones en el

			segundo trimestre, de acuerdo con los listados nominales y las tablas resumen consolidadas. Con estos resultados se superó la meta semestral establecida de 12.000 atenciones, alcanzando el cumplimiento. La actividad se encuentra soportada mediante los listados nominales de pacientes atendidos y la tabla consolidada de atención por categorías de vulnerabilidad.
--	--	--	--

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

Durante el primer semestre de 2026, se evidenció el cumplimiento del 50% de las metas programadas para la vigencia, correspondiente al periodo evaluado.

- En relación con la atención a población vulnerable, se evidenció la prestación de **49.020 atenciones** durante el primer semestre, correspondientes a 24.118 atenciones en el primer trimestre y 24.902 en el segundo trimestre, superando la meta semestral establecida de 12.000 atenciones. La actividad se encuentra soportada mediante listados nominales de pacientes y tablas consolidadas de atención por categorías de vulnerabilidad.
- Respecto a la adquisición e instalación de nuevos equipos médicos, se evidenció la adquisición e instalación de los tres equipos programados: un aspirador, un laringoscopio y un monitor, contando con actas de entrega, facturas, registros de ingreso a activos, hojas de vida de los equipos y evidencia fotográfica como soportes de la ejecución.
- Frente a la capacitación del personal especializado en neurocirugía, cardiología y radiología intervencionista, se evidenció la realización de capacitaciones dirigidas al personal médico especializado, relacionadas con Código ACV e Infarto Agudo de Miocardio (Cardiología), con participación de 20 y 42 asistentes, respectivamente. Las actividades se encuentran soportadas mediante listados de asistencia y registros fotográficos.
- De acuerdo con las evidencias revisadas, se verificó la ejecución de las actividades programadas para el primer semestre, alcanzando el **50% correspondiente al periodo evaluado**.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Dar continuidad a las actividades de atención a población vulnerable, adquisición y mantenimiento de equipos médicos y capacitación del personal especializado, manteniendo los soportes de ejecución y seguimiento que permitan evidenciar el cumplimiento de las metas establecidas para la vigencia.

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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Diseñar estrategias de sostenibilidad y cuidado ambiental	2	50%	Durante el periodo evaluado se desarrollaron acciones orientadas a la sostenibilidad y el cuidado ambiental. Se adelantó la propuesta para la construcción de una zona social sobre el tanque subterráneo de agua potable, contemplando la impermeabilización, distribución de cargas y condiciones de ventilación, inspección y drenaje, conforme a las recomendaciones emitidas por la Gobernación. Asimismo, se elaboró y remitió para revisión y aprobación por parte del área de Calidad el Plan de Adaptación al Cambio Climático (PACC), mediante correo electrónico del 22 de mayo de 2026. Las acciones realizadas se encuentran documentadas mediante correos electrónicos que soportan las gestiones adelantadas.
Realizar campañas de sensibilización sobre el medio ambiente	6	50%	Durante el periodo evaluado se realizaron actividades de sensibilización y capacitación dirigidas al personal de diferentes áreas de la E.S.E. Hospital La María. El 14 de abril de 2026 se participó en el proceso de fortalecimiento institucional y de la participación ciudadana para la revisión del proyecto de generación del Hospital La María. Asimismo, se realizó una inducción sobre el manejo de residuos peligrosos, con la participación de 21 colaboradores. Adicionalmente, se desarrolló el taller “Explorar las raíces de la infancia para entender formas de mitigar conflictos de grupo e individuales”, el 9 de junio de 2026, con 19 participantes, y una capacitación de reintroducción al personal de Urgencias, realizada el 21 de mayo de 2026, con 16

			participantes. Las actividades se encuentran soportadas mediante los respectivos listados de asistencia y evidencias correspondientes.
Implementación de energías renovables con instalación de dispositivos de ahorro	2	50%	Se elaboró el informe de seguimiento a la implementación de energías renovables y al impacto de las medidas adoptadas, incluyendo el análisis de indicadores y el informe de reducción de la huella de carbono, conforme a los lineamientos de la Norma ISO 14064-1:2018 y el GHG Protocol. Con esta actividad se dio cumplimiento de la meta establecida. La ejecución se encuentra soportada mediante los informes correspondientes.

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

Durante el primer semestre de 2026, la Gestión Ambiental alcanzó un cumplimiento consolidado del 50% de las metas programadas para la vigencia, correspondiente al periodo evaluado.

- Se evidenció la realización de actividades de sensibilización y capacitación dirigidas al personal de la E.S.E. Hospital La María, relacionadas con el fortalecimiento institucional, manejo de residuos peligrosos, prevención y manejo de conflictos y reinducción al personal de Urgencias, contando con los respectivos listados de asistencia y evidencias.
- En relación con la implementación de energías renovables y dispositivos de ahorro, se evidenció la elaboración del informe de seguimiento a la implementación de energías renovables y al impacto de las medidas adoptadas, incluyendo el análisis de indicadores y la reducción de la huella de carbono, conforme a los lineamientos de la ISO 14064-1:2018 y el GHG Protocol.
- Respecto al diseño de estrategias de sostenibilidad y cuidado ambiental, se evidenció la elaboración de la propuesta para la construcción de una zona social sobre el tanque subterráneo de agua potable, así como la elaboración y remisión del Plan de Adaptación al Cambio Climático (PACC) para revisión y aprobación por parte del área de Calidad.
- De acuerdo con las evidencias aportadas y los resultados reportados, se verificó la ejecución de las actividades programadas para el primer semestre, alcanzando el 50% correspondiente al periodo evaluado.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Dar continuidad a las acciones de sensibilización ambiental, sostenibilidad, implementación de energías renovables y adaptación al cambio climático, garantizando el seguimiento de las actividades programadas para el segundo semestre y conservando los soportes que permitan evidenciar el cumplimiento de las metas establecidas para la vigencia.

Entidad: E.S.E Hospital La María		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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Evaluar la efectividad de las estrategias de comunicación	2	50%	Se evidenciaron los Informes de Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones (PQRF) correspondientes al primer y segundo trimestre, como soporte del seguimiento a la estrategia de comunicación efectiva. De las dos (2) actividades programadas para el primer semestre, se evidenció el cumplimiento de ambas, alcanzando un 50 % de cumplimiento de la meta establecida.

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

Durante el primer semestre de 2026, se reportó un cumplimiento del 50% de la meta establecida para la evaluación de la efectividad de las estrategias de comunicación.

- Se evidenciaron los informes de Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones (PQRF) correspondientes al periodo evaluado, como soporte del seguimiento a las estrategias de comunicación.
- De acuerdo con las evidencias revisadas, la dependencia presentó avance en el cumplimiento del compromiso programado para el primer semestre.
- Sin embargo, se observan deficiencias en el seguimiento de la trazabilidad de la gestión, que para esta evaluación no influye en el resultado porque la meta solo hace referencia

a la presentación del informe, por lo tanto, las deficiencias en el proceso de atención al usuario se verán reflejadas en el informe de seguimiento semestral elaborado por Control Interno.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- Dar continuidad al seguimiento de las estrategias de comunicación y a la elaboración de los informes de Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones (PQRF), con el fin de mantener el cumplimiento alcanzado durante el primer semestre y avanzar en el cumplimiento de la meta establecida para la vigencia.
- Tener en cuenta que la base de datos presenta deficiencias por campos vacíos, PQRF duplicadas, tiempos de respuesta, etc, que se verán reflejadas en el informe de seguimiento semestral elaborado por Control Interno.

Entidad: E.S.E Hospital La María		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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Validar y aprobar, por parte del Comité de Investigación, las líneas de investigación prioritarias previamente identificadas.	1	50%	Se realizó la validación y aprobación de las líneas de investigación prioritarias por parte del Comité Institucional de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación (I+D+i), conforme al Acta No. 1 del 14 de abril de 2026. La actividad se encuentra soportada mediante el acta del comité, la Resolución 042 de febrero de 2026, por la cual se crea, conforma y reglamenta el Comité Institucional de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación (I+D+i), y los listados de asistencia, dando cumplimiento a la meta establecida.
Desarrollar investigaciones con protocolo aprobado, en ejecución, finalizadas o publicadas	3	50%	Durante el periodo evaluado se presentó el “Protocolo de investigación operativa en Colombia para el diagnóstico de tuberculosis en personas con enfermedad avanzada por VIH”. Asimismo, se evidenció el desarrollo

			de dos investigaciones correspondientes a los proyectos “Tuberculosis de seno maxilar simulando bola fúngica en paciente con VIH” y “Dinámica de la transmisión del VIH en locales y migrantes en Colombia: un enfoque filodinámico”, las cuales cuentan con documentación y avales del Comité Institucional de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación (I+D+i). Las actividades se encuentran soportadas mediante cartas de aprobación, avales institucionales y éticos, consentimiento informado y documentación de los proyectos.
Realizar y registrar los procedimientos vasculares, neuroquirúrgicos y otros procedimientos de alta complejidad desarrollados en la E.S.E. Hospital La María, incluyendo el análisis de eficiencia administrativa y operativa en su ejecución.	500	50%	Durante el periodo evaluado se registraron los procedimientos de alta complejidad realizados en la E.S.E. Hospital La María, correspondientes a 657 procedimientos de cardiología y 258 de cirugía vascular, para un total de 915 procedimientos. La información se encuentra soportada mediante los registros administrativos y asistenciales consolidados en planillas de Excel.
Realizar cursos/talleres en investigación científica.	1	0%	Durante el periodo evaluado no se realizó el curso o taller en investigación científica programado, por lo cual no se dio cumplimiento a la meta establecida de una (1) actividad, alcanzando un avance del 0 %. No se evidenciaron listados de asistencia, registros fotográficos, pre-test ni posttest como soportes de ejecución.

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

Durante el primer semestre de 2026, se evidenció un cumplimiento consolidado del **37,5%** de las metas programadas para el periodo evaluado.

- Se evidenció la validación y aprobación de las líneas de investigación prioritarias por parte del Comité Institucional de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación (I+D+i), actividad soportada mediante el acta del comité, la Resolución 042 de febrero de 2026 y los respectivos listados de asistencia.
- En relación con el desarrollo de investigaciones con protocolo aprobado, se evidenció la presentación del “Protocolo de investigación operativa en Colombia para el diagnóstico de tuberculosis en personas con enfermedad avanzada por VIH”, así como el desarrollo de investigaciones relacionadas con los proyectos aprobados, soportadas mediante cartas de aprobación, avales institucionales y éticos, consentimientos informados y

demás documentación correspondiente.

- Respecto a la realización y registro de procedimientos vasculares, neuroquirúrgicos y otros procedimientos de alta complejidad, se evidenció el registro de 915 procedimientos durante el periodo evaluado, correspondientes a 657 procedimientos de cardiología y 258 de cirugía vascular, soportados mediante registros administrativos y asistenciales consolidados en planillas de Excel.
- Frente al compromiso de realizar cursos o talleres en investigación científica, se evidenció que durante el periodo evaluado no se realizó la actividad programada, correspondiente a un (1) curso o taller, por lo cual se reportó un cumplimiento del 0% para este compromiso.
- De acuerdo con los resultados de los compromisos evaluados, y considerando igual ponderación para cada uno, el cumplimiento consolidado de la dependencia para el primer semestre corresponde al 37,5%.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Programar y realizar el curso o taller de investigación científica pendiente, de acuerdo con la meta establecida en el POA, dejando los respectivos soportes que permitan evidenciar su ejecución.
- Fortalecer el seguimiento a esta actividad, estableciendo un cronograma y responsable que permitan garantizar su realización dentro de los tiempos programados para la vigencia.
- Documentar la ejecución del curso o taller mediante los respectivos soportes, tales como convocatoria, agenda, listado de asistencia, material utilizado y registro fotográfico, como evidencia del cumplimiento de la actividad.

Entidad: E.S.E Hospital La María		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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
	Atención a pacientes y familiares hospitalizados con enfoque en apoyo psicosocial	20	50%

			mediante los formatos de encuesta diligenciados.
--	--	--	--

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

Durante el primer semestre de 2026, se evidenció un cumplimiento del 50% de la meta establecida para la atención a pacientes y familiares hospitalizados con enfoque en apoyo psicosocial.

- Se evidenció la realización de 20 encuestas de satisfacción dirigidas a pacientes y familiares hospitalizados, como instrumento de seguimiento a la atención brindada con enfoque de apoyo psicosocial.
- La actividad ejecutada se encuentra soportada mediante los formatos de encuesta diligenciados, evidenciándose avance en el cumplimiento del compromiso programado para el periodo evaluado.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Dar continuidad a la aplicación y seguimiento de las encuestas de satisfacción a pacientes y familiares hospitalizados, con el fin de mantener el seguimiento a la atención con enfoque de apoyo psicosocial y avanzar en el cumplimiento de la meta establecida para la vigencia.

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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Diseñar e implementar campañas de comunicación interna.	12	50%	Se diseñaron y desarrollaron piezas de comunicación interna relacionadas con diferentes fechas y temas institucionales, entre ellas: Día de la Secretaria, Día de la Seguridad y Salud en el Trabajo, Día del Niño, Día Mundial de la Salud, Día del Bacteriólogo, Día de la Enfermería, Día de la Familia, Día de la Madre, Día de la Salud de

			la Mujer, Día del GESIS, Día del Trabajo y Día del Padre. La actividad se encuentra soportada mediante las piezas de comunicación y las evidencias correspondientes.
Implementar canales de comunicación digital de cara al usuario externo de la E.S.E. Hospital	60	50%	Durante el primer semestre se realizaron 80 publicaciones en las redes sociales institucionales de la E.S.E. Hospital La María, correspondientes a 49 publicaciones en el primer trimestre y 31 en el segundo trimestre. En Instagram se registraron 514.700 visualizaciones y 73.600 usuarios alcanzados, mientras que en Facebook se registraron 383.500 visualizaciones y 152.600 personas impactadas. Con estos resultados cumplió la meta semestral establecida.
Diseñar piezas educativas para transformar saberes y prácticas, fortaleciendo el cuidado de la salud en personas, familias y comunidades	12	50%	Durante el primer semestre se diseñaron y desarrollaron 21 piezas educativas orientadas a fortalecer el cuidado de la salud en personas, familias y comunidades, abordando temas relacionados con la promoción y prevención en salud, entre ellos: mitos y realidades sobre la depresión, lepra, cáncer, VPH, salud renal, endometriosis, tuberculosis, cáncer de cuello uterino, prevención del sarampión, seguridad y salud en el trabajo, lavado correcto de manos, GESIS, cuidado integral de las mujeres, rendición de cuentas y resultados FURAG, entre otros. Se cuenta con las evidencias de las piezas desarrolladas y, con su ejecución, se dio cumplimiento al 50% de la meta establecida para el primer semestre.

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

Durante el primer semestre de 2026, se evidenció el cumplimiento del 50% de las metas programadas para el periodo en materia de comunicación institucional.

- Se evidenció el diseño y desarrollo de piezas de comunicación interna relacionadas con diferentes fechas y temas institucionales, contando con los respectivos soportes.
- Se evidenció la implementación de canales de comunicación digital dirigidos al usuario externo, mediante publicaciones realizadas en las redes sociales institucionales durante el primer y segundo trimestre, con registro de visualizaciones, alcance y usuarios

impactados.

- Se evidenció el diseño y elaboración de piezas educomunicativas orientadas al fortalecimiento del cuidado de la salud en personas, familias y comunidades, abordando diferentes temas de promoción y prevención.
- De acuerdo con las evidencias revisadas, se verificó la ejecución de las actividades programadas para el primer semestre, alcanzando el 50% correspondiente al periodo evaluado.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Dar continuidad a las actividades de comunicación interna, comunicación digital y diseño de piezas educomunicativas, con el fin de mantener el cumplimiento de las metas programadas durante la vigencia.

Entidad: E.S.E Hospital La María		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 Semestral	Resultado	Análisis de los Resultados.
Desarrollar iniciativas enfocadas en la salud física y emocional.	10	50%	Se desarrollaron iniciativas enfocadas en la salud física y emocional y el bienestar laboral, mediante la realización de pausas activas y capacitaciones en las sedes Castilla y Ambulatoria, durante los meses de abril y mayo de 2026. Las capacitaciones abordaron temas de primeros auxilios, comando de incidentes, soporte vital básico, manejo de conflictos, conciencia situacional, diligenciamiento de formatos y elementos de protección personal (EPP). La ejecución de las actividades se encuentra soportada mediante los respectivos listados de asistencia.

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

Durante el primer semestre de 2026, se evidenció el cumplimiento del 50% de la meta programada para la vigencia, correspondiente al periodo evaluado.

- Se evidenció el desarrollo de iniciativas orientadas al fortalecimiento de la salud física y emocional y el bienestar laboral, mediante la realización de pausas activas y capacitaciones en las sedes Castilla y Ambulatoria durante los meses de abril y mayo de 2026.
- Las actividades desarrolladas abordaron temas relacionados con primeros auxilios, comando de incidentes, soporte vital básico, manejo de conflictos, conciencia situacional, diligenciamiento de formatos y uso de elementos de protección personal (EPP), contando con los respectivos listados de asistencia como soporte de su ejecución.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Dar continuidad a las iniciativas de promoción de la salud física, emocional y el bienestar laboral, manteniendo las actividades de pausas activas y capacitación como estrategias para fortalecer el bienestar y la seguridad de los colaboradores.

3. CONCLUSIONES

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de su rol de evaluación y seguimiento, realizó la verificación del cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan Operativo Anual – POA, con corte al 30 de junio de 2026, tomando como base los resultados reportados por las dependencias y las evidencias suministradas para el periodo evaluado. La metodología del informe contempla la evaluación de los indicadores por línea estratégica y el consolidado de los resultados de las dependencias responsables.

Como resultado de la evaluación realizada a las dependencias de compromisos del POA, se obtuvo un cumplimiento consolidado del 43,5% correspondiente al primer semestre de 2026.

Se evidenció que seis (6) dependencias alcanzaron el 50% correspondiente al periodo evaluado, evidenciando la ejecución de las actividades programadas y la existencia de soportes que permitieron verificar su cumplimiento. Entre ellas se encuentran Gestión Financiera, Gestión Ambiental, Atención al Usuario, Trabajo Social, Comunicaciones y Seguridad y Salud en el Trabajo.

Talento Humano alcanzó un cumplimiento del 47,5%, debido a que nueve de los diez compromisos evaluados presentaron un cumplimiento del 50%, mientras que uno presentó un avance del 25%.

La Subgerencia Científica y Docencia e Investigación alcanzaron un 37,5%, debido a que presentaron compromisos con cumplimiento del 50% y actividades con menor avance.

En Docencia e Investigación, específicamente, se evidenció que el curso o taller de investigación científica programado no fue realizado, registrando un cumplimiento del 0% para dicho compromiso.

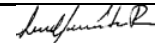
La Subgerencia de Gestión y Operaciones presentó un cumplimiento del 0%, dado que no se evidenció durante el primer semestre la elaboración del estudio técnico ni la lista priorizada de necesidades de equipos médicos programada para el periodo.

En términos generales, las evidencias revisadas permitieron establecer que existe avance en la ejecución de las actividades programadas; no obstante, se identifican oportunidades de mejora en la planeación, seguimiento y cumplimiento oportuno de los compromisos que presentaron avances inferiores al 50%, con el propósito de evitar que estas situaciones afecten el cumplimiento de las metas establecidas para la vigencia.

Cordialmente,



Lina Marcela Toro Ruiz
Jefe de Control Interno

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Víctor Daniel Gómez Rueda – Profesional de Apoyo Oficina de Control Interno		13/08/2026
REVISÓ	Lina Marcela Toro Ruiz - Jefe Oficina de Control Interno		13/08/2026
APROBÓ	Lina Marcela Toro Ruiz - Jefe Oficina de Control Interno		13/08/2026
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.			