



**INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
VIGENCIA 2024**

GLORIA PATRICIA ISAZA ORDUZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN

ADOLFO MARULANDA CALLE
HECTOR VALLEJO VELASQUEZ
PROFESIONALES ESPECIALIZADOS OFICINA DE CONTROL INTERNO Y
EVALUACIÓN

MARZO 2025



Alcaldía de Medellín

Contenido

1. PRESENTACIÓN	4
2. GENERALIDADES	5
2.1. Objetivo General	5
2.2. Alcance	5
2.3. Criterios	5
2.4. Limitaciones	6
3. METODOLOGÍA	6
3.1. Instrumentos a utilizar	7
3.2. Procesos evaluados	9
4. RECOMENDACIONES	10
5. CONCLUSIONES	11
6. RESULTADOS	13
6.1. Resultado global	13
6.2. Resultados por proceso	14
6.2.1. Direccionamiento y Planeación.....	14
6.2.2. Desarrollo del Sistema de Gestión	17
6.2.3. Gestión Red de Servicios	22
6.2.4. Gestión Venta de Servicios	23
6.2.5. Atención Ambulatoria	24
6.2.6. Atención en Urgencias.....	27
6.2.7. Atención en Hospitalización	31
6.2.8. Atención Quirúrgica.....	35
6.2.9. Gestión Servicio Farmacéutico	39
6.2.10. Atención en Laboratorio Clínico	42
6.2.11. Atención en Imágenes Diagnósticas.....	45
6.2.12. Gestión Financiera.....	48
6.2.13. Gestión Talento Humano	52
6.2.14. Gestión de la Contratación.....	55



6.2.15.	Gestión Logística	57
6.2.16.	Gestión Jurídica.....	61
6.2.17.	Gestión Sistema de Información	63
6.2.18.	Gestión Documental.....	64
6.2.19.	Gestión de Convenios	66
6.2.20.	Gestión Control Interno Disciplinario	67
6.2.21.	Gestión de la Evaluación.....	69
ANEXOS		72
Anexo A. Comportamiento de los indicadores trazadores		72
Anexo B. Resultados de la evaluación por indicador.		77
Anexo C. Resultados de la evaluación por proceso.		82

1. PRESENTACIÓN

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, el Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil y su Anexo Técnico, las Oficinas de Control Interno, o quien haga sus veces, deberán realizar una evaluación de la gestión de cada dependencia de la entidad a la que pertenecen, con el fin de verificar el aporte de estas al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Se establece “El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno”¹.

En consideración a lo anterior y dando cumplimiento al Plan General de Evaluaciones vigente, la Oficina de Control Interno y Evaluación de la ESE Metrosalud presenta el informe de Evaluación por Dependencias correspondiente al año 2024. De acuerdo con las experiencias obtenidas de los informes realizados en años anteriores y considerando las necesidades institucionales actuales, se definió como alcance de la evaluación la medición de los resultados y la gestión de los indicadores trazadores por proceso.

La revisión se ha basado en la información registrada en el Sistema de Gestión Integral SGI Almera, específicamente en los indicadores clasificados como trazadores. Para la elaboración del informe, se ha utilizado el formato de evaluación de gestión por dependencias, el cual fue definido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, adaptado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

¹ CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL. Circular 04 de 2005.

El análisis de los resultados de los indicadores se ha realizado conforme a lo establecido en el Manual Institucional para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02MA45. Este manual tiene como objetivo unificar el diseño, monitoreo, interpretación y análisis de los indicadores, lo cual facilita la toma de decisiones oportunas y contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.

2. GENERALIDADES

2.1. Objetivo General

Evaluar la gestión de las dependencias de la ESE Metrosalud durante la vigencia 2024, analizando los resultados obtenidos y el cumplimiento de las metas de los indicadores trazadores de los procesos institucionales. A partir de esta evaluación, generar recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo de los procesos, con el fin de garantizar el cumplimiento de nuestro propósito superior: procurar el bienestar integral de las personas, sus familias y la comunidad.

2.2. Alcance

Se evaluará cada proceso institucional con base en los resultados y la gestión de los indicadores trazadores, con corte al 31 de diciembre de 2024, en el Sistema de Gestión Integral SGI Almera. Se pondrá especial énfasis en el cumplimiento del registro de las mediciones según la frecuencia definida en las fichas técnicas, así como en el análisis de los incumplimientos de las metas y en la generación de acciones de mejoramiento, acompañadas de la evidencia correspondiente de su ejecución.

2.3. Criterios

- a. Ley 909 de 2004, Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.
- b. Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, la cual define la

Evaluación Institucional por Dependencias en Cumplimiento de la Ley 909 de 2004.

c. Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil y su anexo Técnico.

d. El Manual Para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02MA45.

e. Información de los Indicadores trazadores por proceso institucional y el registro en el Sistema de Gestión Institucional (SGI) Almera en el módulo de indicadores.

2.4. Limitaciones

Durante la fase de ejecución de la evaluación, se presentaron las siguientes limitaciones, las cuales causaron retrasos en la entrega del informe, en relación con la fecha establecida en el cronograma de trabajo:

a. Deficiencias en la actualización de la información en el Sistema de Gestión Institucional SGI Almera: Se identificaron falencias por parte de los líderes de los procesos y de los responsables de la oportuna actualización de los indicadores trazadores por proceso. Durante las mesas de trabajo, fue necesario presentar el estado de los indicadores con corte a diciembre 31 de 2024, así como resaltar la necesidad de actualizarlos para proceder con la evaluación. En varias ocasiones, se tuvo que ampliar el plazo para la actualización debido a que la información no se encontraba registrada en el módulo de indicadores del Sistema de Gestión Integral SGI Almera.

b. Problemas técnicos con los servidores informáticos institucionales: Durante el proceso, se presentaron novedades relacionadas con la caída de los servidores donde se almacenaba la información de algunos de los procesos a evaluar. Además, los papeles de trabajo y otros documentos que respaldaban la evaluación del equipo auditor de la Oficina de Control Interno y Evaluación también se vieron afectados.

3. METODOLOGÍA

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a. Se definió como alcance de la evaluación, los resultados y gestión de los indicadores trazadores por proceso con corte a diciembre 31 de 2024.
- b. Se realizaron mesas de trabajo con los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo donde se presentó el objetivo y la metodología de la evaluación para la vigencia 2024, así como el estado de los indicadores y la necesidad de actualizar la información con el fin de proceder a la evaluación.
- c. Se notificó como única fuente de información la registrada en el Sistema de Gestión Integral SGI Almera, específicamente en la ruta: Cuadro de mando - Indicadores trazadores por proceso.
- d. Se construyó por parte del equipo auditor un papel de trabajo que permitía descargar la información del módulo de los indicadores del SGI Almera, para realizar el manejo de datos y parametrizar los criterios de evaluación de acuerdo a lo definido en el Manual institucional para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02MA45.
- e. Se registró el resultado de la evaluación realizada por cada proceso institucional en una adaptación del formato de evaluación de gestión por dependencia definido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.
- f. Finalmente se generó por parte del equipo auditor con la supervisión de la Jefe de la Oficina el presente informe de evaluación por dependencias correspondiente al año 2024.
- g. Dentro de la metodología establecida para esta vigencia por la Oficina de Control Interno, se presentaron los resultados de la evaluación para cada dependencia y las respectivas recomendaciones de mejoramiento a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo.
- h. Se plantea la posibilidad de acuerdo con la experiencia durante la ejecución de la evaluación y los resultados obtenidos realizar un seguimiento con corte a junio 30 de 2025, para evaluar el compromiso de las dependencias con el mejoramiento de acuerdo a lo presentado en este informe.

3.1. Instrumentos a utilizar

Para la realización de la evaluación se utilizaron los siguientes formatos:

- a. Formato de Evaluación de Gestión por Dependencia por la Oficina de Control Interno definido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, adaptado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Imagen 1. Formato Evaluación de Gestión por Dependencias – Oficina de Control Interno.



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

FORMATO

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD		2. DEPENDENCIA A EVALUAR	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS	
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADO
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO			
8. FECHA			
9. FIRMA			

Fuente de información Departamento Administrativo de la Función Pública

- b. Papel de trabajo construido por el equipo auditor – Aspectos evaluados indicadores trazadores de los procesos vigencia 2024.

Imagen 2. Aspectos evaluados

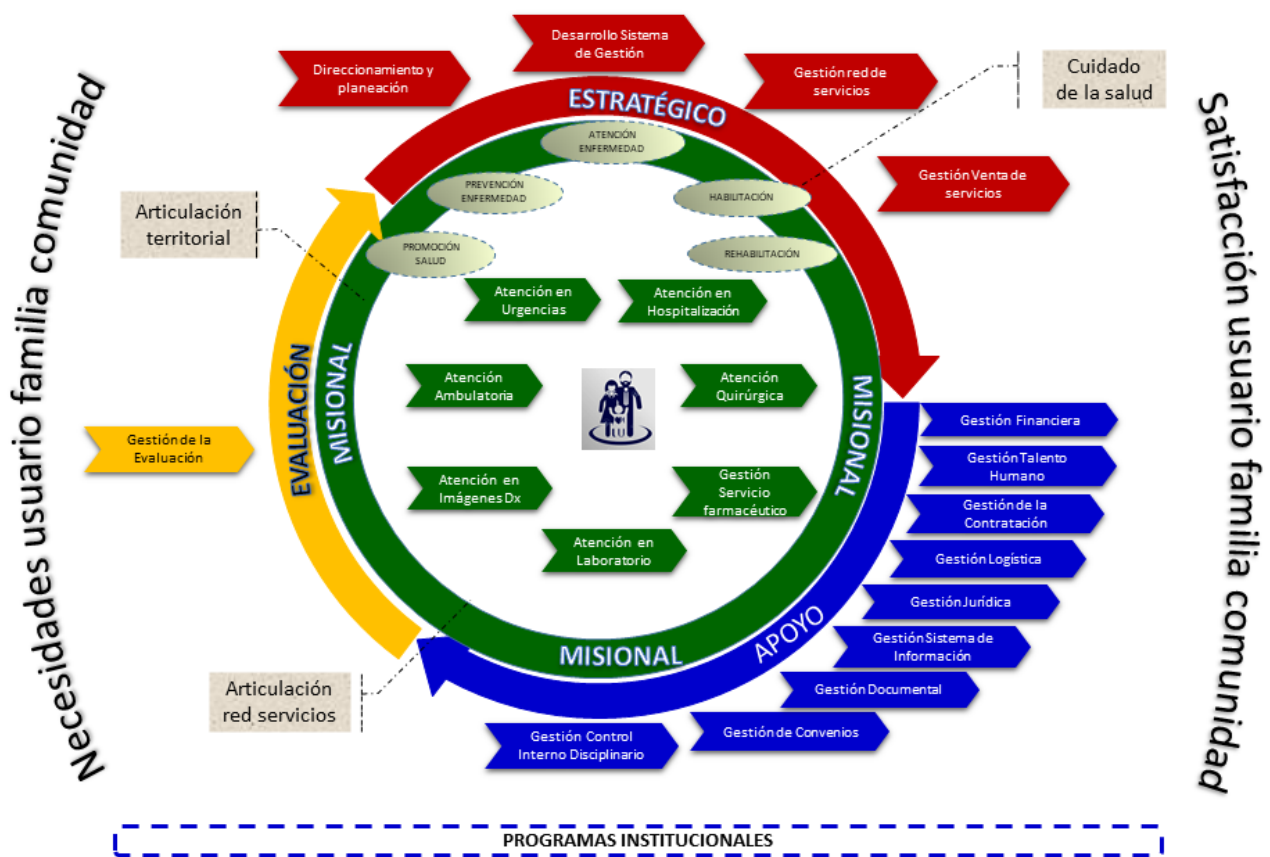
Aspecto a evaluar	Condición	Escala
1. Registro de las mediciones requeridas	De acuerdo con la periodicidad de medición establecida en la ficha técnica del indicador. No aplica únicamente en el caso de indicadores con periodicidad anual, cuya ficha técnica establezca alguna condición para la medición que se cumpla después de la fecha en la que se realizó la presente evaluación.	Completo
		Incompleto
		Sin mediciones
		No aplica
2. Cumplimiento de la meta	Aplicable a los indicadores que cuenten con registros de medición en la vigencia 2024.	Cumple
		No cumple
3. Variación porcentual 2024 - 2023	Aplicable a los indicadores que cuenten con registros de medición en las vigencias 2024 y 2023.	Favorable
		Desfavorable
		Sin variación
4. Registro de análisis	Aplicable a los indicadores que no cumplen con la meta.	Con registro
		Sin registro
5. Complejidad del análisis	Aplicable a los indicadores con registro de análisis, de acuerdo con los requisitos definidos en el Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45.	Análisis completo
6. Cuenta con plan de intervención	Aplicable a los indicadores que no cumplen con la meta.	Análisis incompleto
		Si cuenta con plan
7. Monitoreo en instancias institucionales	Aplicable a todos los indicadores trazadores.	No cuenta con plan
		Si se monitorea
		No se monitorea

Fuente de información – Construcción equipo auditor Oficina de Control Interno y Evaluación.

3.2. Procesos evaluados

En cumplimiento de la normatividad aplicable, los lineamientos del Departamento de la Función Pública y de acuerdo a la estructura de procesos de la ESE Metrosalud, se presenta la imagen con los procesos evaluados por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2024.

Imagen 3. Mapa de procesos – Estructura procesos evaluación por dependencias 2024.



Nota 1: Elementos del Modelo de Prestación de Servicios Basado en A.P.S.

Estrategias Operativas

Ámbitos

Fuente de información – Mapa de procesos institucional corte diciembre 31 de 2024 Almera

El proceso estratégico de Gestión Red de Servicios, no se evalúa en esta vigencia, ya que actualmente se encuentra en construcción y caracterización por parte

de la Subgerencia de Red de servicios y la Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional, no se tienen asociados indicadores en el Sistema de Gestión Integral SGI Almera.

4. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer en la ESE la importancia de los indicadores para el monitoreo y medición del desempeño institucional, de acuerdo con la dimensión 4 "Evaluación de resultados" del Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG, como una estrategia que garantiza una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua de los procesos.
2. Garantizar que los líderes de los procesos, junto con sus equipos de trabajo, aseguren el diligenciamiento oportuno de los indicadores en el Sistema de Gestión Integral SGI Almera. Además, es importante que realicen un análisis detallado de los resultados obtenidos y, en caso de que algún indicador no cumpla con la meta establecida, se formulen las acciones de mejora correspondientes, siguiendo los lineamientos de la Metodología Institucional de Mejoramiento Continuo PE02 ME435.
3. Fortalecer, por parte de la Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional, en los líderes y equipos de trabajo de los procesos, la socialización y aplicación del Manual para la Construcción de Indicadores PE02MA45, con el objetivo de unificar el diseño, el monitoreo y el análisis de los indicadores; así como el desarrollo y óptimo funcionamiento del módulo de indicadores para la formulación de los planes de mejoramiento en el Sistema de Gestión Integral SGI Almera.
4. Evaluar y actualizar los indicadores definidos como trazadores, ajustándolos a las necesidades actuales de la ESE, con el fin de asegurar que proporcionen información suficiente, pertinente y oportuna para determinar el nivel de avance o logro de los objetivos establecidos de los procesos. Además, estos indicadores deben ser monitoreados en las instancias institucionales pertinentes, favoreciendo la toma de decisiones y contribuyendo a la evaluación del desempeño institucional y el mejoramiento continuo.

5. Ajustar las metas establecidas en las fichas técnicas de los indicadores para alinearlas con la realidad institucional y la tendencia histórica de los resultados obtenidos en las mediciones más recientes. Este ajuste permitirá una evaluación más precisa y alcanzable, tomando en cuenta las capacidades y condiciones operativas actuales de la ESE, garantizando que las metas sean realistas y reflejen de manera adecuada el desempeño esperado en el contexto actual.
6. Liderar por parte de la Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional dentro de sus responsabilidades como segunda línea de defensa, el monitoreo periódico de la gestión de los indicadores, evaluando su impacto en la gestión y eficiencia de los procesos. A partir de este análisis, tomar las acciones correctivas necesarias para asegurar que la primera línea funcione de manera efectiva.
7. Dar cumplimiento por parte de los líderes de los procesos con los plazos establecidos o acordados con la Oficina de Control Interno para la entrega de los reportes requeridos y el oportuno diligenciamiento de la información en los aplicativos institucionales, con el fin de facilitar el adecuado ejercicio de la auditoría.

5. CONCLUSIONES

1. La Oficina de Control Interno alcanzó el objetivo propuesto de evaluar las dependencias de la ESE Metrosalud para la vigencia 2024. Con ello, se ha dado cumplimiento a la normatividad vigente y a las responsabilidades de tercera línea de defensa. Esta evaluación ha permitido generar recomendaciones para los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo, al tiempo que se han identificado oportunidades de mejora para optimizar el desempeño institucional y el logro de los objetivos estratégicos.
2. De acuerdo con los resultados presentados en este informe, se evidenció que el 40 % de los indicadores trazadores no cumplieron con la meta establecida (28 de 70 indicadores que aplicaron para la evaluación). Para estos indicadores, no se formularon los planes de mejoramiento necesarios para lograr el cumplimiento de la meta, lo cual impacta de manera directa el objetivo del proceso y nuestra promesa de valor de “Propender por un servicio de salud de primer y segundo nivel centrado en el usuario, idóneo, confiable y con calidad humana. Brindar la mejor atención a nuestra comunidad de afiliados y sus familias a través de una red cercana, accesible, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida

desde acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación oportunas.”; se recomienda, para ampliar el contexto general de la evaluación, revisar el numeral 6.1 Resultados globales.

4. El proceso de registro de la información en el módulo de indicadores del Sistema de Gestión Integral SGI Almera, tal como se ha evidenciado, no se lleva a cabo de manera oportuna ni sistemática, tal como lo especifican las fichas técnicas establecidas. Esta falta de cumplimiento impide realizar un análisis adecuado de los resultados obtenidos. Además, el incumplimiento de las metas definidas para los indicadores no da lugar a la formulación de planes de mejoramiento, en conformidad con lo estipulado en la Metodología Institucional de Mejoramiento Continuo PE02 ME435.

5. No se evidencia, para los indicadores relacionados con la satisfacción del usuario, una instancia formal dentro de la ESE que permita la presentación de los resultados obtenidos, ni la toma de acciones orientadas a mejorar los mismos para dar cumplimiento a la visión institucional, la cual establece “ seremos la mejor red del país para el cuidado de la salud de las personas, las familias y la comunidad, contribuyendo a su bienestar mediante la prestación de servicios humanizados, resolutivos y confiables”.

6. Los resultados obtenidos en los indicadores trazadores de los procesos misionales evidencian que es necesario intervenir en los aspectos clave o factores críticos en los cuales se presentan incumplimientos en los atributos de calidad definidos para los servicios de salud, tales como oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad.

7. En línea con el objetivo del proceso de gestión de la evaluación, que busca contribuir al mejoramiento y la efectividad de los procesos, se invita a las dependencias a implementar las recomendaciones de este informe. Estas recomendaciones, junto con otras oportunidades de mejora identificadas durante la evaluación y presentadas a los líderes y sus equipos de trabajo, tienen como finalidad asegurar el cumplimiento de las metas establecidas para los indicadores trazadores. Asimismo, buscan alcanzar los objetivos del proceso y promover la mejora continua de los resultados en la gestión institucional.

8. Se identifica durante la evaluación el riesgo para la ESE de: Posibilidad de afectación económica y reputacional, por incumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales, debido a que los resultados de los indicadores

trazadores no evidencian la gestión para el cumplimiento del objetivo de los procesos.

6. RESULTADOS

6.1. Resultado global

El Sistema de Gestión Integral SGI Almera, tiene definido un cuadro de mando para los "indicadores trazadores por proceso", el cual, a la fecha de la evaluación, cuenta con noventa (90) indicadores.

Registro de las mediciones: De los noventa indicadores trazadores, nueve no aplicaban para la evaluación de la medición, ocho de ellos porque su medición se realizará en la vigencia siguiente (año 2025), en un momento posterior a la fecha de generación de este informe, y uno porque fue diseñado para la medición del período del Plan de Desarrollo correspondiente a la vigencia 2018-2020 y no para el actual Plan de Desarrollo Institucional. De los ochenta y un indicadores que aplicaban para la evaluación, once (13,6%) no contaron con ninguno de los registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024, conforme con la periodicidad definida en sus fichas técnicas; cinco (6,2%) presentaron registros incompletos, y sesenta y cinco (80,2%) contaron con registros completos.

Cumplimiento de la meta: De los setenta indicadores con mediciones en la vigencia 2024, veintiocho (40,0%) no cumplieron la meta establecida, mientras que cuarenta y dos (60,0%) si la cumplieron.

Variación porcentual: De los sesenta y nueve indicadores con mediciones en las vigencias 2024 y 2023, veintiocho (40,6%) presentaron una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023; treinta y ocho (55,1%) mostraron una variación favorable, y tres (4,3%) no registraron cambios.

Registro de análisis: De los veintiocho indicadores que no cumplieron con la meta en la vigencia 2024, ocho (28,6%) no presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera, mientras que veinte (71,4%) si los presentaron.

Complejidad del análisis: De los veinte indicadores que presentaron registros de análisis, diecisiete (85,0%) no cumplieron con los requerimientos definidos en el

Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, mientras que tres (15,0%) si los cumplieron.

Cuenta con plan de intervención: De los veintiocho indicadores que no cumplieron la meta en la vigencia 2024, en ninguno ellos (100,0%) se evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.


Monitoreo en instancias institucionales: De los noventa indicadores trazadores, en cuarenta y siete (52,2%) los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales, mientras que en cuarenta y tres (47,8%) sí se presentan en alguna de las instancias pertinentes.

El comportamiento de los indicadores, los resultados de la evaluación por indicador y por proceso, se detallan respectivamente en los Anexos A, B y C.

6.2. Resultados por proceso

A continuación, se presentan los resultados de la Evaluación de la Gestión por Dependencias para la vigencia 2024, se evaluaron 20 de los 21 procesos ya que el proceso Gestión Red de Servicios aún no tiene indicadores asociados en el SGI Almera.

6.2.1. Direccionamiento y Planeación

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Proceso asociado: Direccionamiento y Planeación	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Definir los lineamientos estratégicos con el fin de orientar la gestión de la entidad hacia el cumplimiento de los objetivos corporativos			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados

Ejecución presupuestal del plan de inversiones	≥ 95%	80,99%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (80,99%) no cumplió con la meta establecida (≥ 95%), alcanzando una proporción de cumplimiento del 85,3% y observándose una variación porcentual desfavorable del -12,5% en comparación con el resultado del año 2023 (92,61%).</p> <p>Se evidenció el registro de los análisis de los resultados ante el incumplimiento de la meta; no obstante, estos no cumplieron con los requisitos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para intervenir los resultados, y estos se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que las cuatro mediciones de la vigencia 2024 no lograron cumplir la meta, sin mostrar mejoras en los periodos evaluados. Esta misma condición de incumplimiento se presentó en el año 2023; no obstante, no se evidencia la formulación de un plan de mejoramiento ni la implementación de acciones preventivas o correctivas para remediar la situación. La importancia de este indicador radica en su función de evaluar, dentro del plan de acción, el seguimiento a la ejecución presupuestal de los proyectos de inversión de la ESE, enmarcados en el proyecto de Gestión del Desarrollo Organizacional.</p>
Proporción de cumplimiento del plan de acción (POA)	≥ 90%	94,75%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (94,75%) cumplió con la meta establecida (≥ 90%) y se observó una variación porcentual favorable del 5,6% en comparación con el resultado del año 2023 (89,70%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.</p>
Proporción de cumplimiento del plan de desarrollo 2018 - 2020 (por perspectivas)	≥ 90%	Sin medición	<p>No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad definida en la ficha técnica. Se identificó que el indicador fue diseñado para evaluar el período del Plan de Desarrollo correspondiente a la vigencia 2018-2020, por lo que no aplica para el actual Plan de Desarrollo Institucional. No obstante, aún no ha sido retirado del tablero de indicadores trazadores del proceso.</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los tres indicadores trazadores del proceso, uno no aplicaba para la evaluación, ya que fue diseñado para la medición del período del Plan de Desarrollo correspondiente a la vigencia 2018-2020 y no para el actual Plan de Desarrollo Institucional (*Proporción de cumplimiento del plan de desarrollo 2018-2020 por perspectivas*). De los otros dos indicadores que aplicaban para la evaluación, ambos (100,0) % contaron con todos los registros de las mediciones requeridas.

Cumplimiento de la meta: De los dos indicadores con mediciones, uno (50,0 %) no cumplió con la meta (*Ejecución presupuestal del plan de inversiones*), mientras que el otro (50,0 %) sí la alcanzó (*Proporción de cumplimiento del plan de acción POA*).

Variación porcentual: De los dos indicadores con mediciones, uno (50,0 %) registró una variación desfavorable con respecto al resultado del año 2023 (*Ejecución presupuestal del plan de inversiones*), mientras que el otro (50,0 %) mostró una variación favorable (*Proporción de cumplimiento del plan de acción POA*).

Registro de análisis: El indicador que no cumplió con la meta presentó registros de análisis de los resultados en el SGI Almera (*Ejecución presupuestal del plan de inversiones*).

Complejidad del análisis: El indicador que presentó registros de análisis no cumplió con los requisitos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*, debido a que no incluyó la toma de decisiones preventivas o correctivas (*Ejecución presupuestal del plan de inversiones*).

Plan de intervención: El indicador que no cumplió con la meta no evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: De los tres indicadores trazadores, en uno (33,3 %) los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales (*Proporción de cumplimiento del plan de desarrollo 2018 - 2020 por perspectivas*), mientras que en los otros dos (66,7%) se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente contribuyen a medir el cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, así como incorporar nuevos indicadores del proceso o crear otros, especialmente aquellos cuya medición se realiza durante un periodo específico cuando estén asociados al Plan de Desarrollo o al Plan de Acción Institucional de una vigencia determinada.

Revisar y ajustar, si es necesario, la meta establecida en la ficha técnica de los indicadores trazadores del proceso, con el fin de alinearla a la realidad institucional y a la tendencia histórica de los resultados obtenidos en los últimos años. Este ajuste permitirá una evaluación más precisa y alcanzable, considerando las capacidades operativas actuales de la ESE.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.




Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
 Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.2. Desarrollo del Sistema de Gestión

 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. Fecha: 14/02/2025	2. Dependencia a evaluar: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Proceso asociado: Desarrollo del Sistema de Gestión			
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Desarrollar de forma integrada los sistemas de gestión aplicables a Metrosalud, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales de forma eficiente y lograr el mejoramiento continuo				
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 15%;">Meta</th> <th style="width: 15%;">5.1. Resultado</th> <th style="width: 70%;">5.2. Análisis de Resultados</th> </tr> </table>	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados		
Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">≥ 90%</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">73,00%</td> <td style="width: 70%;"> Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad bimestral definida en la ficha técnica. El resultado (73,00 %) no cumplió con la meta establecida (≥ 90 %), alcanzando una proporción de cumplimiento del 81,1 %; sin embargo, registró una variación porcentual favorable del 0,4 % con respecto al resultado del año 2023 (72,75 %). Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, los cuales no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, ya que no incluyeron la toma de decisiones preventivas o correctivas. El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para intervenir los resultados, y sus mediciones se </td> </tr> </table>	≥ 90%	73,00%	Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad bimestral definida en la ficha técnica. El resultado (73,00 %) no cumplió con la meta establecida (≥ 90 %), alcanzando una proporción de cumplimiento del 81,1 %; sin embargo, registró una variación porcentual favorable del 0,4 % con respecto al resultado del año 2023 (72,75 %). Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, los cuales no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i> , ya que no incluyeron la toma de decisiones preventivas o correctivas. El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para intervenir los resultados, y sus mediciones se
≥ 90%	73,00%	Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad bimestral definida en la ficha técnica. El resultado (73,00 %) no cumplió con la meta establecida (≥ 90 %), alcanzando una proporción de cumplimiento del 81,1 %; sin embargo, registró una variación porcentual favorable del 0,4 % con respecto al resultado del año 2023 (72,75 %). Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, los cuales no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i> , ya que no incluyeron la toma de decisiones preventivas o correctivas. El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para intervenir los resultados, y sus mediciones se		

			<p>presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que en las mediciones de los cinco primeros bimestres del año 2024 (enero a octubre) se registró el resultado acumulado de 2023 con la nota: "En 2024 se inicia nuevo ciclo PAMEC, 6to ciclo 2024-2025. Según cronograma PAMEC la formulación del plan de acción corresponde en el 3er Trimestre de 2024 con seguimientos posteriores. Por lo anterior no se tiene resultado de nuevo avance. Se registra igual resultado a diciembre 2023". Este indicador tiene como objetivo evaluar la implementación del plan de acción PAMEC en la ESE Metrosalud, y se presenta en el plan de acción institucional, evidenciando un incumplimiento de la meta en todas las mediciones registradas en el SGI Almera.</p>
Índice de desempeño del modelo estándar de control interno - MECI	≥ 80	Sin medición	<p>No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se confirmó que esto se debe a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe, por lo que su registro no aplica para esta evaluación. Se sugiere documentar esta condición en la ficha técnica del indicador para evitar futuras inconsistencias en la evaluación. Los resultados de la medición se presentan en el Comité de Coordinación de Control Interno.</p>
Índice de gestión y desempeño institucional (FURAG) MIPG	≥ 80	Sin medición	<p>No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se confirmó que esto se debe a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe, por lo que su registro no aplica para esta evaluación. Se sugiere documentar esta condición en la ficha técnica del indicador. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.</p>
Índice adversos eventos	< 5	3,8	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (3,8) cumplió con la meta establecida (< 5) y, además, registró una variación porcentual favorable del -10,2 % con respecto al resultado del año 2023 (4,2). Los resultados de la medición se presentan en el Comité de Seguridad del Paciente.</p>

Mejoramiento continuo calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	$\geq 1,2\%$	Sin medición	No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se confirmó que esto se debe a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe, por lo que su registro no aplica para esta evaluación. Se sugiere documentar esta condición en la ficha técnica del indicador. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.
Nivel de desarrollo del modelo estándar de control interno - MECI	$\geq 80\%$	50,50%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad semestral definida en la ficha técnica. El resultado (50,5 %) no alcanzó la meta establecida ($\geq 80\%$), logrando una proporción de cumplimiento del 63,1 % y presentando una variación porcentual desfavorable del -8,2 % con respecto al resultado del año 2023 (55,00 %).</p> <p>Se evidenció el registro de los análisis de los resultados ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requisitos establecidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, ya que no incluyeron la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para intervenir los resultados, y sus mediciones se presentan en el Comité de Coordinación de Control Interno.</p> <p>El indicador evalúa el nivel de desarrollo del sistema de control interno en sus cinco componentes. Durante el periodo evaluado se evidencia un deterioro en la implementación de los componentes del sistema de control interno, con una reducción promedio del 13 % en su calificación. El resultado global del promedio de la evaluación de los componentes en los dos periodos del 2024 es del 51 %, disminuyendo en 4 puntos porcentuales frente al año 2023. Se reporta un incumplimiento de la meta del indicador en todas las mediciones registradas en el SGI Almera.</p>
Nivel de desarrollo del sistema de gestión ambiental	$\geq 95\%$	Sin medición	No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se confirmó que esto se debe a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe, por lo que su registro no aplica para esta evaluación. Se sugiere documentar esta condición en la ficha técnica del indicador. Los resultados de la

			medición se presentan en el Comité de Coordinación de Control Interno.
Nivel de desarrollo del sistema de gestión de riesgos	$\geq 95\%$	Sin medición	No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se confirmó que esto se debe a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe, por lo que su registro no aplica para esta evaluación. Se sugiere documentar esta condición en la ficha técnica del indicador. Los resultados de la medición se presentan en el Comité de Coordinación de Control Interno.
Nivel de desarrollo del sistema gestión de seguridad y salud en el trabajo SGSST	$\geq 95\%$	99,00%	Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad anual definida en la ficha técnica. El resultado (99,00%) cumplió con la meta establecida ($\geq 95\%$), y no registró variación con respecto al resultado del año 2023 (99,00%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASST).
Promedio de la autoevaluación de acreditación	≥ 3	Sin medición	No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se confirmó que esto se debe a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe, por lo que su registro no aplica para esta evaluación. Se sugiere documentar esta condición en la ficha técnica del indicador. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.
Proporción de cumplimiento de estándares de habilitación	$\geq 100\%$	81,60%	Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad anual definida en la ficha técnica. El resultado (81,60%) no alcanzó la meta establecida ($\geq 100\%$), con una proporción de cumplimiento del 81,6%. No obstante, se evidenció una variación porcentual favorable del 1,4% en comparación con el resultado del año 2023 (80,50%). Se encuentran los registros del análisis de resultados frente al incumplimiento de la meta; sin embargo, dichos análisis no cumplen con los lineamientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i> , ya que no incluyen la toma de decisiones preventivas o correctivas. El indicador no cuenta con un plan de choque para intervenir los resultados, aunque estos se presentan en el Comité de Gerencia.



			Adicionalmente, se identificó que las principales deficiencias están relacionadas con los estándares de <i>Talento Humano</i> (73,9%) y <i>Dotación</i> (77,6%), lo cual representa un riesgo para la ESE de posibles sanciones por parte de los entes de vigilancia y control. Se evidenció un incumplimiento continuo de la meta del indicador en todas las mediciones registradas en el SGI Almera entre 2018 y 2024.
--	--	--	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los once indicadores trazadores del proceso, seis no aplicaban para la evaluación de la medición, ya que esta se realizará en la vigencia siguiente (año 2025), en un momento posterior a la fecha de generación de este informe (*Índice de desempeño del modelo estándar de control interno - MECI, Índice de gestión y desempeño institucional MIPG (FURAG), Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior, Nivel de desarrollo del sistema de gestión ambiental, Nivel de desarrollo del sistema de gestión de riesgos, Promedio de la autoevaluación de acreditación*). De los otros cinco indicadores que sí aplicaban para la evaluación, el 100% contaron con todos los registros de las mediciones requeridas, de acuerdo con la periodicidad establecida en sus fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los cinco indicadores con mediciones, tres (60,0%) no cumplieron con la meta (*Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, Nivel de desarrollo del modelo estándar de control interno - MECI, Proporción de cumplimiento de estándares de habilitación*), y dos (40,0%) si cumplieron con esta (*Índice eventos adversos, Nivel de desarrollo del sistema gestión de seguridad y salud en el trabajo SGSST*),

Variación porcentual: De los cinco indicadores con mediciones, uno (20,0%) presentó una variación porcentual desfavorable respecto al resultado del año 2023 (*Nivel de desarrollo del modelo estándar de control interno - MECI*). Tres indicadores (60,0%) registraron una variación favorable (*Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, Índice de eventos adversos, Proporción de cumplimiento de estándares de habilitación*), mientras que uno (20,0%) no mostró variación (*Nivel de desarrollo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo - SGSST*).

Registro de análisis: Los tres indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera.

Complejidad del análisis: Ninguno de los tres indicadores con registro de análisis (100,0%) cumplió con los requisitos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*, ya que no se incluyó la toma de decisiones preventivas o correctivas.

Plan de intervención: En ninguno de los tres indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) se evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: De los once indicadores trazadores, en tres (27,3%) los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales (*Índice de gestión y desempeño institucional MIPG (FURAG), Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior, Promedio de la autoevaluación de acreditación*). En los ocho indicadores restantes (72,7%), los resultados de la medición se presentan en el *Comité de Gerencia, Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del*

Plan de Acción, Comité de Coordinación de Control Interno, Comité de Seguridad del Paciente y Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASST).

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Revisar y ajustar, si es necesario, la meta establecida en la ficha técnica de los indicadores trazadores del proceso, con el fin de alinearla a la realidad institucional y a la tendencia histórica de los resultados obtenidos en los últimos años. Este ajuste permitirá una evaluación más precisa y alcanzable, considerando las capacidades operativas actuales de la ESE.

Registrar en las fichas técnicas de los indicadores con periodicidad de medición anual, cuyo seguimiento se efectúa en la vigencia siguiente, el período del año en el que se realiza el registro, incluyendo el mecanismo de medición (autoevaluación, formulario en línea o aplicativo).

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.

Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.3. Gestión Red de Servicios

Este proceso se encuentra actualmente en estado de caracterización por parte de la Subgerencia Red de Servicios, aún no tiene indicadores asociados en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

6.2.4. Gestión Venta de Servicios

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN		
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Dirección de Venta de Servicios Proceso asociado: Gestión Venta de Servicios		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Promocionar, formalizar y hacer seguimiento a las ventas que permita aprovechar la capacidad instalada de la ESE contribuyendo a la generación en de ingresos y a la sostenibilidad financiera de la ESE.				
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados	
Índice de variación en la venta de servicios	≥ 0.05	12,79	Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad semestral definida en la ficha técnica. El resultado (12,79) cumplió con la meta establecida (≥ 0.05) y, además, registró una variación porcentual favorable del 67,0% con respecto al resultado del año 2023 (7,66). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.	
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Resultados de la evaluación: El indicador trazador del proceso cumplió con todos los registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024, conforme a la periodicidad definida en la ficha técnica. Asimismo, alcanzó la meta establecida y registró una variación porcentual favorable en comparación con el resultado del año 2023. No obstante, los resultados de la medición del indicador no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes. Cabe señalar que la evaluación del registro de análisis, la completitud del análisis y el plan de intervención no fue aplicable en este caso.				
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Revisar y ajustar, si es necesario, la meta establecida en la ficha técnica de los indicadores trazadores del proceso, con el fin de alinearla a la realidad institucional y a la tendencia histórica de los resultados obtenidos en los últimos años. Este ajuste permitirá una evaluación más precisa y alcanzable, considerando las capacidades operativas actuales de la ESE. Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.				
Auditor(es): Adolfo Marulanda Calle Héctor Vallejo Velásquez				

Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.5. Atención Ambulatoria

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN		
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Red de Servicios Proceso asociado: Atención Ambulatoria		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Prestar una atención accesible, oportuna y segura a los usuarios que requieran servicios de consulta externa y manejo ambulatorio que responda a sus riesgos, necesidades y expectativas.				
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados	
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cons med	≥ 95%	84,44%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (84,44%) no cumplió con la meta establecida (≥ 95%), presentando una proporción de cumplimiento del 88,9%; no obstante, se observó una variación porcentual favorable del 12,8% en comparación con el resultado del año 2023 (74,88%). Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, los cuales cumplieron con los requisitos establecidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i> . El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.	
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de odontología	≥ 95%	95,51%	Se registraron todas las mediciones requeridas de acuerdo con la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado fue del 95,51%, cumpliendo con la meta establecida (≥ 95%) y mostrando una variación porcentual favorable del 2,1% en comparación con el resultado del año 2023 (93,53%). Sin embargo, los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.	

Tiempo de espera en consulta de odontología general	< 3 días	2,7 días	Se registraron todas las mediciones requeridas de acuerdo con la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado fue de 2,7 días, cumpliendo con la meta establecida (< 3 días) y mostrando una variación porcentual favorable del -14,6% en comparación con el resultado del año 2023 (3,2 días). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios.
Tiempo de espera en consulta médica especializada (obstetricia)	< 8 días	6,9 días	Se registraron todas las mediciones requeridas de acuerdo con la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado fue de 6,9 días, cumpliendo con la meta establecida (< 8 días) y mostrando una variación porcentual favorable del -28,7% en comparación con el resultado del año 2023 (9,6 días). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios. Adicionalmente, se identificó que la meta para este indicador fue ajustada en enero de 2024, pasando de < 5 días a < 8 días; no obstante, la semaforización en el SGI Almera aún no ha sido actualizada.
Tiempo de espera en consulta médica especializada (ortopedia)	< 15 días	3,3 días	Se registraron todas las mediciones requeridas de acuerdo con la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado fue de 3,3 días, cumpliendo con la meta establecida (< 15 días) y mostrando una variación porcentual favorable del -64,2% en comparación con el resultado del año 2023 (9,3 días). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios.
Tiempo de espera en consulta médica general	< 3 días	2,5 días	Se registraron todas las mediciones requeridas de acuerdo con la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado fue de 2,5 días, cumpliendo con la meta establecida (< 3 días) y mostrando una variación porcentual favorable del -17,4% en comparación con el resultado del año 2023 (3,0 días). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los seis indicadores trazadores del proceso, la totalidad (100,0%) contó con todos los registros de las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad definida en sus fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los seis indicadores, uno (16,7%) no cumplió con la meta establecida (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cons med*), mientras que los otros cinco (83,3%) sí alcanzaron la meta.

Variación porcentual: Todos los indicadores (100,0%) registraron una variación porcentual favorable en comparación con los resultados del año 2023.

Registro de análisis: El indicador que no cumplió con la meta presentó registros de análisis de los resultados en el SGI Almera.

Complejidad del análisis: El indicador con registros de análisis cumplió con los requisitos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*.

Plan de intervención: No se evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados del indicador que no cumplió con la meta (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cons med*).

Monitoreo en instancias institucionales: De los seis indicadores trazadores, en dos (33,3%) los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cons med, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de odontología*), mientras que en los otros cuatro (66,7%) los resultados se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Revisar y ajustar, si es necesario, la meta establecida en la ficha técnica de los indicadores trazadores del proceso, con el fin de alinearla a la realidad institucional y a la tendencia histórica de los resultados obtenidos en los últimos años. Este ajuste permitirá una evaluación más precisa y alcanzable, considerando las capacidades operativas actuales de la ESE.

Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
 Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.6. Atención en Urgencias

 Metrosalud	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN		
1. Fecha: 14/02/2025	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Red de Servicios Proceso asociado: Atención en Urgencias		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Prestar una atención accesible, oportuna y segura a los usuarios que requieran servicios de urgencias que responda a sus riesgos, necesidades y expectativas			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Índice de infección intrahospitalaria por urgencias	< 2	0,006	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,006) cumplió con la meta establecida (< 2) y, además, se observó una variación porcentual favorable del -30,0% en comparación con el resultado del año 2023 (0,008). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.
Oportunidad en el traslado del paciente urgente externa	< 180 minutos	382,8 minutos	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (382,8 minutos) no cumplió con la meta establecida (< 180 minutos), presentando una proporción de cumplimiento del 47,0%; no obstante, se observó una variación porcentual favorable del -2,5% en comparación con el resultado del año 2023 (392,5 minutos). No se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, cuya responsabilidad recae en el líder del programa de referencia y contrarreferencia. El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios. Adicionalmente, se identificó que el último análisis registrado corresponde al mes de septiembre de 2023, a pesar de que, durante todo el año evaluado, se ha evidenciado un incumplimiento recurrente de la meta del indicador.

Proporción de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio que recibieron atención específica oportuna	≥ 90%	67,82%	<p>Se registró la medición requerida, conforme a la periodicidad anual definida en la ficha técnica. El resultado (67,82%) no cumplió con la meta establecida (≥ 90%), presentando una proporción de cumplimiento del 75,4%, y se observó una variación porcentual desfavorable del -27,1% en comparación con el resultado del año 2023 (93,08%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; no obstante, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de niveles de desagregación y de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de reingresos por urgencias	< 2%	0,83%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,83%) cumplió con la meta establecida (< 2%); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 20,8% en comparación con el resultado del año 2023 (0,69%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios.</p>
Proporción de usuarios con referencia urgente satisfecha	≥ 90%	99,20%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (99,20%) cumplió con la meta establecida (≥ 90%) y, además, se observó una variación porcentual favorable del 1,0% en comparación con el resultado del año 2023 (98,23%). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio ambulancia	≥ 95%	97,45%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (97,45%) cumplió con la meta establecida (≥ 95%) y, además, se observó una variación porcentual favorable del 7,5% en comparación con el resultado del año 2023 (90,69%). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de usuarios satisfechos	≥ 95%	73,10%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (73,10%) no cumplió con la meta establecida (≥ 95%), presentando una proporción de cumplimiento del 76,9%; no obstante, se observó una</p>

con el servicio urgencias			<p>variación porcentual favorable del 10,2% en comparación con el resultado del año 2023 (66,30%).</p> <p>No se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, cuya responsabilidad recae en el Profesional Especializado del Área de la Salud - Apoyo Técnico en Medicina.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de intervención para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.</p>
Tiempo de espera consulta de urgencias prioridad II - oportunidad de la consulta de urgencias (triage II)	< 30 minutos	20,6 minutos	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (20,6 minutos) cumplió con la meta establecida (< 30 minutos) y, además, se observó una variación porcentual favorable del -6,7% en comparación con el resultado del año 2023 (22,1 minutos). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios.</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los ocho indicadores trazadores del proceso, los ocho (100,0%) contaron con todos los registros de las mediciones requeridas según la periodicidad definida en las fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los ocho indicadores, tres (37,5%) no cumplieron con la meta establecida (*Oportunidad en el traslado del paciente urgente externa, Proporción de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio que recibieron atención específica oportuna, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de urgencias*), mientras que los otros cinco (62,5%) sí alcanzaron la meta.

Variación porcentual: De los ocho indicadores evaluados, dos (25,0%) registraron una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (*Proporción de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio que recibieron atención específica oportuna, Proporción de reingresos por urgencias*), mientras que los otros seis (75,0%) mostraron una variación favorable.

Registro de análisis: De los tres indicadores que no cumplieron con la meta, dos (66,7%) no presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera (*Oportunidad en el traslado del paciente urgente externa, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de urgencias*), mientras que uno (33,3%) sí los presentó (*Proporción de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio que recibieron atención específica oportuna*).

Complejidad del análisis: El indicador que presentó registros de análisis no cumplió con los requerimientos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*, ya que no incluyó niveles de desagregación ni la toma de decisiones preventivas o correctivas.

Plan de intervención: En ninguno de los tres indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) se evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: De los ocho indicadores trazadores, en cinco (62,5%) los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales (*Índice de infección intrahospitalaria por urgencias, Proporción de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio que recibieron atención específica oportuna, Proporción de usuarios con referencia urgente satisfecha, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de ambulancia, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de urgencias*), mientras que en los otros tres (37,5%) los resultados se presentan en el *Comité Técnico de Prestación de Servicios*.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.

Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
 Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.7. Atención en Hospitalización

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN		
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Red de Servicios Proceso asociado: Atención en Hospitalización		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Brindar una atención oportuna, integral, humanizada y segura a los usuarios que requieran internación para el manejo y recuperación de su enfermedad o condición clínica				
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados	
Índice de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	< 2	0,44	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,44) cumplió con la meta establecida (< 2); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 2,6% en comparación con el resultado del año 2023 (0,42). Los resultados de la medición se presentaron en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE).	
Índice eventos adversos	< 5	3,75	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (3,75) cumplió con la meta establecida (< 5) y, además, se observó una variación porcentual favorable del -10,2% en comparación con el resultado del año 2023 (4,18). Los resultados de la medición se presentaron en el Comité de Seguridad del Paciente.	
Oportunidad de los egresos hospitalarios	< 4 horas	3,8 horas	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (3,8 horas) cumplió con la meta establecida (< 4 horas); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 33,8% en comparación con el resultado del año 2023 (2,9 horas). Los resultados de la medición se presentaron en el Comité Técnico de Prestación de Servicios.	
Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna	< 10 horas	14,8 horas	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (14,8 horas) no cumplió con la meta establecida (< 10 horas), presentando una proporción de cumplimiento del 67,4%, y se observó una variación porcentual desfavorable del 4,7% en comparación con el resultado del año 2023 (14,2 horas).	

			<p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; no obstante, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de niveles de desagregación y de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que el último análisis registrado corresponde a marzo de 2024, a pesar de que el indicador presentó un incumplimiento recurrente de la meta durante todo el año evaluado.</p>
Oportunidad en la ubicación del paciente en la cama hospitalaria	< 2 horas	11,1 horas	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (11,1 horas) no cumplió con la meta establecida (< 2 horas), presentando una proporción de cumplimiento del 18,0%, y se observó una variación porcentual desfavorable del 56,7% en comparación con el resultado del año 2023 (7,1 horas).</p> <p>No se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, cuya responsabilidad recae en el líder del programa de referencia y contrarreferencia.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que el último análisis registrado corresponde a junio de 2021, a pesar de que el indicador presentó un incumplimiento recurrente de la meta durante todo el año evaluado.</p>
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio internación	≥ 95%	90,60%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (90,60%) no cumplió con la meta establecida (≥ 95%), presentando una proporción de cumplimiento del 95,4%; no obstante, se observó una variación porcentual favorable del 2,0% en comparación con el resultado del año 2023 (88,82%).</p> <p>No se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, cuya responsabilidad recae en el profesional especializado del área de la salud - apoyo técnico en medicina.</p>

			<p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que el último análisis registrado corresponde a marzo de 2022, a pesar de que el indicador presentó un incumplimiento recurrente de la meta durante todo el año evaluado.</p>
Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados	< 20	8,79	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (8,79) cumplió con la meta establecida (< 20); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 19,3% en comparación con el resultado del año 2023 (7,37). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los siete indicadores trazadores del proceso, los siete (100,0%) contaron con todos los registros de las mediciones requeridas, de acuerdo con la periodicidad definida en sus fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los siete indicadores, tres (42,9%) no cumplieron con la meta establecida (*Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna, Oportunidad en la ubicación del paciente en la cama hospitalaria, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de internación*), mientras que los otros cuatro (57,1%) sí cumplieron con la meta.

Variación porcentual: De los siete indicadores, cinco (71,4%) registraron una variación porcentual desfavorable con respecto al resultado del año 2023 (*Índice de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), Oportunidad de los egresos hospitalarios, Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna, Oportunidad en la ubicación del paciente en la cama hospitalaria, Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados*), mientras que los otros dos (28,6%) registraron una variación porcentual favorable.

Registro de análisis: De los tres indicadores que no cumplieron con la meta, dos (66,7%) no presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera (*Oportunidad en la ubicación del paciente en la cama hospitalaria, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de internación*), y uno (33,3%) sí presentó registros de análisis.

Completitud del análisis: El indicador que presentó registros de análisis no cumplió con los requerimientos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*, debido a que no se incluyeron niveles de desagregación, ni la toma de decisiones o acciones preventivas o correctivas (*Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna*).

Plan de intervención: De los tres indicadores que no cumplieron con la meta, en ninguno de los tres (100,0%) se evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: De los siete indicadores trazadores, en cuatro (57,1%) los resultados de la medición no se presentaron en ninguna de las instancias institucionales (*Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna, Oportunidad en la ubicación del paciente en la cama hospitalaria, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de internación, Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados*), mientras que en los otros tres (42,9%) se presentaron en el

Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), el Comité de Seguridad del Paciente y el Comité Técnico de Prestación de Servicios.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Revisar y ajustar, si es necesario, la meta establecida en la ficha técnica de los indicadores "Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna" y "Oportunidad en la ubicación del paciente en la cama hospitalaria", con el fin de alinearlas a la realidad institucional y a la tendencia histórica de los resultados obtenidos durante los últimos años. Este ajuste permitirá una evaluación más precisa y alcanzable, considerando las capacidades operativas actuales de la ESE.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.

Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.


Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.



6.2.8. Atención Quirúrgica

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Red de Servicios Proceso asociado: Atención Quirúrgica	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Brindar una atención oportuna, integral, humanizada y segura a los pacientes que requieran atención quirúrgica para el manejo y recuperación de su enfermedad o condición clínica.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Índice de infección intrahospitalaria en cirugía (infección de sitio operatorio) UH Belén	< 2%	0,69%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,69%) cumplió con la meta establecida (< 2%) y, además, se observó una variación porcentual favorable del -49,0% en comparación con el resultado del año 2023 (1,34%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE).
Proporción de endometritis pos cesárea UH Manrique	< 2%	1,20%	No se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica, faltando las correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre, debido a que desde el 26 de septiembre de 2024 se inició la intervención de infraestructura en los servicios de partos y cirugía ginecobstétrica de la UH Manrique, los cuales fueron trasladados a la UH Nuevo Occidente. El resultado (1,20%) cumplió con la meta establecida (< 2%); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 80,1% en comparación con el resultado del año 2023 (0,66%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE).
Proporción de endometritis puerperal	< 2%	0,59%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,59%) cumplió con la meta establecida (< 2%) y, además, se observó una variación porcentual favorable del -25,3% en comparación con el resultado del año 2023 (0,79%). Los resultados de la medición se

			presentan en el Comité de Uso Racional de Antibióticos (PROA).
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cirugía	$\geq 95\%$	92,62%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (92,62%) no cumplió con la meta establecida ($\geq 95\%$), presentando una proporción de cumplimiento del 97,5%; no obstante, se observó una variación porcentual favorable del 24,2% en comparación con el resultado del año 2023 (74,55%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos resultados no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio partos	$\geq 95\%$	94,10%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (94,10%) no cumplió con la meta establecida ($\geq 95\%$), presentando una proporción de cumplimiento del 99,1%; no obstante, se observó una variación porcentual favorable del 7,5% en comparación con el resultado del año 2023 (87,56%).</p> <p>No se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, cuya responsabilidad recae en el profesional especializado en promoción y prevención en enfermería.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Tasa de mortalidad quirúrgica por 1000 UH Belén	< 0.4	0,252	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,252) cumplió con la meta establecida ($< 0,4$); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (0,000). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Tiempo de espera (oportunidad) en la realización de la	< 30 días	27,9 días	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (27,9 días) cumplió con la meta establecida</p>



<p>cirugía programada UH Belén</p>			<p>(< 30 días) y, además, se observó una variación porcentual favorable del -29,1% en comparación con el resultado del año 2023 (39,3 días). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que, aunque el promedio de las mediciones para la vigencia 2024 cumplió con la meta establecida, se evidenció un incumplimiento de la meta en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2024. No obstante, no se evidenció la formulación de un plan de intervención, conforme a lo estipulado en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45</i>, el cual establece que, cuando un indicador presente dos mediciones consecutivas por encima o por debajo de los niveles promedio (mínimo y máximo alcanzado en el último año), se debe realizar y documentar un análisis causal, identificando las acciones de intervención pertinentes para controlar su comportamiento.</p>
--	--	--	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los siete indicadores trazadores del proceso, uno (14,3%) no contó con todos los registros de las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad establecida en su ficha técnica (*Proporción de endometritis poscesárea UH Manrique*), mientras que los otros seis (85,7%) sí contaron con todos los registros requeridos.

La medición del indicador "Proporción de endometritis poscesárea UH Manrique" se realizó hasta septiembre de 2024 debido al inicio de la intervención de infraestructura en los servicios de partos y cirugía ginecobstétrica, los cuales fueron trasladados a la UH Nuevo Occidente.

Cumplimiento de la meta: De los siete indicadores, dos (28,6%) no cumplieron con la meta (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de cirugía, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de partos*), mientras que los otros cinco (71,4%) sí cumplieron con esta.

Variación porcentual: De los siete indicadores, dos (28,6%) registraron una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (*Proporción de endometritis poscesárea UH Manrique, Tasa de mortalidad quirúrgica por 1000 UH Belén*), mientras que los otros cinco (71,4%) registraron una variación favorable.

Registro de análisis: De los dos indicadores que no cumplieron con la meta, uno (50,0%) no presentó registros de análisis de los resultados en el SGI Almera (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de partos*), y el otro (50,0%) sí presentó registros de análisis (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de cirugía*).

Complejidad del análisis: El indicador que presentó registros de análisis no cumplió con los requerimientos definidos en el Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de cirugía*).

Plan de intervención: De los dos indicadores que no cumplieron con la meta, ninguno (100 %) contó con la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: De los siete indicadores trazadores, en tres (42,9%) los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales correspondientes (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de cirugía, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de partos, Tasa de mortalidad quirúrgica por 1000 UH Belén*), y en los otros cuatro (57,1%) los resultados de la medición sí se presentan en el Comité Técnico de Prestación de Servicios, el Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE y el Comité de Uso Racional de Antibióticos PROA.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Garantizar el registro oportuno y completo de las mediciones requeridas para todos los indicadores trazadores del proceso en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera, de acuerdo con la periodicidad establecida en las fichas técnicas correspondientes. Esto permitirá detectar oportunamente el incumplimiento de las metas e implementar con eficiencia las acciones correctivas o preventivas necesarias.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.

Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.


Se recomienda formalizar la creación del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Resistencia Antimicrobiana (IAAS - RAM) como la instancia responsable de la revisión de los indicadores y eventos relacionados con este tema en la ESE. Actualmente, los indicadores de infecciones asociadas a la atención en salud se analizan de manera parcial en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y en el Comité de Seguridad del Paciente, de forma provisional. Adicionalmente, su revisión se complementa en el Comité Central del Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA).

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.



6.2.9. Gestión Servicio Farmacéutico

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Red de Servicios Proceso asociado: Gestión Servicio Farmacéutico	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Disponer y entregar los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para los procesos de atención en salud, con el fin de prevenir, controlar y mejorar la situación de salud de los usuarios.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Índice de rotación de inventario de farmacia	≥ 0.8	1,177	En el SGI Almera todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (1,177) cumplió con la meta establecida (≥ 0,8); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del -8,7% en comparación con el resultado del año 2023 (1,289). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.
Proporción de entrega incompleta e inoportuna de tratamientos	< 7%	4,43%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (4,43%) cumplió con la meta establecida (< 7%) y, además, se observó una variación porcentual favorable del -4,2% en comparación con el resultado del año 2023 (4,62%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE.
Proporción de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRUM)	< 2%	0,15%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,15%) cumplió con la meta establecida (< 2%); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 69,7% en comparación con el resultado del año 2023 (0,09%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE.
Proporción de problemas relacionados con	< 2%	3,76%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (3,76%) no cumplió con la meta establecida (< 2%), presentando una proporción de cumplimiento del 53,3%; no obstante, se observó una variación porcentual

<p>medicamentos por administración (PRM)</p>			<p>favorable del -53,7% en comparación con el resultado del año 2023 (8,11%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; no obstante, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE.</p>
<p>Proporción de problemas relacionados con medicamentos por dispensación (PRM)</p>	<p>< 2%</p>	<p>3,78%</p>	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (3,78%) no cumplió con la meta establecida (< 2%), presentando una proporción de cumplimiento del 52,9%; sin embargo, se observó una variación porcentual favorable del -54,6% en comparación con el resultado del año 2023 (8,33%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; no obstante, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE.</p>
<p>Proporción de problemas relacionados con medicamentos por prescripción (PRM)</p>	<p>< 2%</p>	<p>81,73%</p>	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (81,73%) no cumplió con la meta establecida (< 2%), presentando una proporción de cumplimiento del 2,4% y, además, se observó una variación porcentual desfavorable del 13,3% en comparación con el resultado del año 2023 (72,14%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; no obstante, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que el último análisis registrado corresponde al mes de enero de 2021, a pesar</p>

			de que durante todo el año evaluado se evidenció un incumplimiento recurrente de la meta del indicador.
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio farmacéutico	≥ 95%	100,00%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (100,00%) cumplió con la meta establecida (≥ 95%) y no se observó variación en comparación con el resultado del año 2023 (100,00%). No obstante, los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los siete indicadores trazadores del proceso, los siete (100,0%) contaron con todos los registros de las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad definida en las fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los siete indicadores, tres (42,9%) no cumplieron con la meta (*Proporción de problemas relacionados con medicamentos por administración PRM, Proporción de problemas relacionados con medicamentos por dispensación PRM, Proporción de problemas relacionados con medicamentos por prescripción PRM*), mientras que los otros cuatro (57,1%) si cumplieron con esta.

Variación porcentual: De los siete indicadores, tres (42,9%) registraron una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (*Índice de rotación de inventario de farmacia, Proporción de problemas relacionados con el uso de medicamentos PRUM, Proporción de problemas relacionados con medicamentos por prescripción PRM*); tres (42,9%) registraron una variación porcentual favorable (*Proporción de entrega incompleta e inoportuna de tratamientos, Proporción de problemas relacionados con medicamentos por administración PRM, Proporción de problemas relacionados con medicamentos por dispensación PRM*); y uno (14,3%) no registró variación (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio farmacéutico*).

Registro de análisis: De los tres indicadores que no cumplieron con la meta, los tres (100,0%) presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera.

Complejidad del análisis: De los tres indicadores con registro de análisis, ninguno (100,0%) cumplió con los requerimientos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.

Plan de intervención: De los tres indicadores que no cumplieron con la meta, en ninguno (100,0%) se evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: De los siete indicadores trazadores, en dos (28,6%) los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales correspondientes (*Índice de rotación de inventario de farmacia, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio farmacéutico*); en los otros cinco (71,4%) los resultados se presentan en el Comité de Farmacia y Terapéutica (COFYTE).

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.


Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Fortalecer, en las instancias institucionales donde se presentan los indicadores trazadores del proceso, el análisis de los resultados, así como la toma de decisiones y la formulación de acciones que contribuyan al logro de los objetivos económicos y financieros para la sostenibilidad de la ESE.

Auditor(es): Adolfo Marulanda Calle
 Héctor Vallejo Velásquez
 Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.10. Atención en Laboratorio Clínico

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 28/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Red de Servicios Proceso asociado: Atención en Laboratorio Clínico	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Prestar servicios de atención en laboratorio oportunos, pertinentes, seguros, confiables y humanizados que permita una adecuada toma de decisiones por el equipo de salud.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio a hospitalización (minutos)	< 120 minutos	58,3 minutos	No se registraron todas las mediciones requeridas conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica, faltando las correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre, siendo los Técnicos Administrativos Estadísticos los responsables

			operativos. El resultado (58,3 minutos) cumplió con la meta establecida (< 120 minutos); no obstante, presentó una variación porcentual desfavorable del 8,1% en comparación con el resultado del año 2023 (54,0 minutos). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.
Oportunidad (minutos) en la entrega de resultados de laboratorio a urgencias	< 120 minutos	63,8 minutos	No se registraron todas las mediciones requeridas conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica, faltando las correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre, siendo los Técnicos Administrativos Estadísticos los responsables operativos. El resultado (63,8 minutos) cumplió con la meta establecida (< 120 minutos); no obstante, presentó una variación porcentual desfavorable del 12,8% en comparación con el resultado del año 2023 (56,5 minutos). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.
Proporción de resultados críticos de laboratorio reportados	≥ 100%	98,10%	No se registraron todas las mediciones requeridas conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica, faltando las correspondientes a los meses de marzo a diciembre, siendo los Técnicos Administrativos Estadísticos los responsables operativos. El resultado (98,10%) no cumplió con la meta establecida (≥ 100%), presentando una proporción de cumplimiento del 98,1% y, además, una variación porcentual desfavorable del -1,4% en comparación con el resultado del año 2023 (99,45%). No se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, cuya responsabilidad recae en la Líder del Programa Ayudas Diagnósticas. El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.
Proporción de usuarios con muestras de laboratorio no conformes	< 2%	0,19%	Se registraron todas las mediciones requeridas conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,19%) cumplió con la meta establecida (< 2%) y, además, presentó una variación porcentual favorable del -14,8% en comparación con el resultado del año 2023 (0,23%). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales correspondientes.
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio laboratorio	≥ 95%	92,04%	Se registraron todas las mediciones requeridas conforme a la periodicidad trimestral definida en la

		<p>ficha técnica. El resultado (92,04%) no cumplió con la meta establecida ($\geq 95\%$), presentando una proporción de cumplimiento del 96,9%; no obstante, registró una variación porcentual favorable del 3,5% en comparación con el resultado del año 2023 (88,89%).</p> <p>No se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, cuya responsabilidad recae en la Líder del Programa Ayudas Diagnósticas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para intervenir los resultados. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.</p>
<p>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</p> <p>Resultados de la evaluación:</p> <p>Registro de las mediciones: De los cinco indicadores trazadores del proceso, tres (60,0%) no contaron con el registro completo de las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad definida en sus fichas técnicas (<i>Oportunidad en la Entrega de Resultados de Laboratorio a Hospitalización, Oportunidad en la Entrega de Resultados de Laboratorio a Urgencias, Proporción de Resultados Críticos de Laboratorio Reportados</i>). Los otros dos (40,0%) si contaron con todos los registros requeridos.</p> <p>Cumplimiento de la meta: De los cinco indicadores, dos (40,0%) no cumplieron la meta (<i>Proporción de Resultados Críticos de Laboratorio Reportados, Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio de Laboratorio</i>), mientras que los otros tres (60,0%) sí la cumplieron.</p> <p>Variación porcentual: De los cinco indicadores, tres (60,0%) presentaron una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (<i>Oportunidad en la Entrega de Resultados de Laboratorio a Hospitalización, Oportunidad en la Entrega de Resultados de Laboratorio a Urgencias, Proporción de Resultados Críticos de Laboratorio Reportados</i>). Los otros dos (40,0%) presentaron una variación favorable.</p> <p>Registro de análisis: Los dos indicadores que no cumplieron con la meta no presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera.</p> <p>Complejidad del análisis: No aplicable para esta evaluación.</p> <p>Plan de intervención: Los dos indicadores que no cumplieron la meta no evidenciaron la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.</p> <p>Monitoreo en instancias institucionales: Los resultados de la medición de los cinco indicadores trazadores (100,0%) no se presentan en ninguna de las instancias institucionales.</p> <p>Es importante destacar que el indicador <i>Proporción de Resultados Críticos de Laboratorio Reportados</i>, con una periodicidad de medición mensual definida en su ficha técnica, cuenta únicamente con dos mediciones para la vigencia 2024. Dependiendo de solo dos mediciones mensuales para evaluar una vigencia anual representa un riesgo significativo debido a la variabilidad inherente a los datos sanitarios. Esta situación impide la identificación de tendencias, sesga la interpretación de resultados y dificulta la detección temprana de problemas, lo que podría conducir a decisiones clínicas y administrativas erróneas.</p>		

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Garantizar el registro oportuno y completo de las mediciones requeridas para todos los indicadores trazadores del proceso en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera, de acuerdo con la periodicidad establecida en las fichas técnicas correspondientes. Esto permitirá detectar oportunamente el incumplimiento de las metas e implementar con eficiencia las acciones correctivas o preventivas necesarias.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.


Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.11. Atención en Imágenes Diagnósticas

	<p>EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN</p>
<p>1. Fecha: 14/02/2025</p>	<p>2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Red de Servicios Proceso asociado: Atención en Imágenes Diagnósticas</p>
<p>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Prestar servicios de atención en imagenología oportunos, seguros y humanizados que permitan una adecuada interpretación y toma de decisiones por el equipo de salud.</p>	

4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Oportunidad del servicio de ecografía obstétrica	< 6 días	6,2 días	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (6,2 días) no cumplió con la meta establecida (< 6 días), presentando una proporción de cumplimiento del 96,7%; no obstante, se observó una variación porcentual favorable del -28,7% en comparación con el resultado del año 2023 (8,7 días).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, los cuales cumplieron con los requerimientos definidos en el Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que el análisis de los resultados del indicador evidencia la formulación de acciones correctivas dirigidas principalmente a abordar las contingencias relacionadas con la disponibilidad de recursos humanos y el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos. Sin embargo, dichas acciones no han sido incorporadas en un plan de mejoramiento asociado al proceso, ni se encuentran respaldadas por un análisis causal, conforme a lo establecido en la Metodología de Mejoramiento Continuo PE 02 ME 435. El cumplimiento de la meta del indicador es fundamental para garantizar una atención obstétrica oportuna, continua e integral.</p>
Proporción de estudios de imagenología repetidos	< 2%	0,00%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,00%) cumplió con la meta establecida (< 2%) y no se observó variación en comparación con el resultado del año 2023 (0,00%). No obstante, los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de usuarios satisfechos con el servicio imagenología	≥ 95%	92,83%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (92,83%) no cumplió con la meta establecida (≥ 95%), presentando una proporción de cumplimiento del 97,7%; no obstante, se observó una variación porcentual favorable del 1,1% en comparación con el resultado del año 2023 (91,85%).</p>

		<p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
--	--	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: Los tres indicadores trazadores del proceso (100,0%) contaron con todos los registros de las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad definida en sus correspondientes fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los tres indicadores, dos (66,7%) no cumplieron con la meta (*Oportunidad del servicio de ecografía obstétrica, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de imagenología*), y uno (33,3%) sí cumplió con esta (*Proporción de estudios de imagenología repetidos*).

Variación porcentual: De los tres indicadores, dos (66,7%) registraron una variación porcentual favorable en comparación con el resultado del año 2023 (*Oportunidad del servicio de ecografía obstétrica, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de imagenología*), y uno (33,3%) no presentó variación (*Proporción de estudios de imagenología repetidos*).

Registro de análisis: Los dos indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera.

Compleitud del análisis: De los dos indicadores con registro de análisis, uno (50,0%) no cumplió con los requerimientos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas (*Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de imagenología*), y el otro (50,0%) sí cumplió con los requerimientos (*Oportunidad del servicio de ecografía obstétrica*).

Plan de intervención: Ninguno de los dos indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) contó con la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: Los tres indicadores trazadores (100,0%) no presentaron los resultados de la medición en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el

cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.


Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
 Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.12. Gestión Financiera

 Metrosalud		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN		
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Administrativa y Financiera Proceso asociado: Gestión Financiera		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Administrar los recursos financieros con eficiencia y efectividad, con el fin de contribuir al logro de los objetivos económicos y financieros planeados por la ESE Metrosalud.				
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados	
Equilibrio presupuestal recaudo	con ≥ 1	0,800	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,800) no cumplió con la meta establecida (≥ 1), presentando una proporción de cumplimiento del 80,0%; además, se observó una variación porcentual desfavorable del -4,5% en comparación con el resultado del año 2023 (0,838).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de</i></p>	



			<p>Indicadores PE02 MA 45, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.</p> <p>Adicionalmente, se identificó el incumplimiento de la meta del indicador para los periodos de medición registrados en el SGI Almera desde 2021 a 2024; a pesar de ello, no se evidencia un plan de mejoramiento ni acciones preventivas o correctivas para impactar los resultados.</p>
Margen excedente operacional	≥ 1%	-13,75%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (-13,75%) no cumplió con la meta establecida (≥ 1%), presentando una proporción de cumplimiento del -1.375,4%; además, se observó una variación porcentual desfavorable del 41,0% en comparación con el resultado del año 2023 (-9,76%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en la Junta Directiva.</p> <p>Adicionalmente, se identificó el incumplimiento de la meta del indicador para los periodos de medición registrados en el SGI Almera desde 2021 a 2024. De acuerdo con la información disponible, este resultado se origina porque los costos y gastos operacionales de ese periodo superan los ingresos, resultando en una pérdida en la operación del ejercicio. Este indicador está relacionado con el margen EBITDA, el cual también presenta resultados negativos.</p>
Porcentaje de glosa recepcionada por facturación evento	< 8%	11,39%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (11,39%) no cumplió con la meta establecida (< 8%), presentando una proporción de cumplimiento del 70,3%; además, se observó una variación porcentual desfavorable del 41,5% en comparación con el resultado del año 2023 (8,05%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requerimientos</p>

			<p>definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que los motivos de glosas y devoluciones no han sido corregidos ni intervenidos por parte de la ESE. La Oficina de Control Interno y Evaluación, en sus auditorías con enfoque en riesgos, ha identificado oportunidades de mejora en el proceso, las cuales han sido incluidas en sus informes, pero a la fecha no se ha formulado un plan de mejoramiento.</p>
Porcentaje de recuperación de cartera	de de $\geq 95\%$	90,67%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (90,67%) no cumplió con la meta establecida ($\geq 95\%$), presentando una proporción de cumplimiento del 95,4%; no obstante, se observó una variación porcentual favorable del 2,5% en comparación con el resultado del año 2023 (88,50%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el <i>Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i>, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que a pesar de que el indicador no cumple la meta establecida, presenta una variación positiva del 2,5% con respecto al 2023, lo que evidencia una mejora en el periodo evaluado de la gestión de cobro.</p>
Variación de costos y gastos	$< 0,99\%$	0,09%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica. El resultado (0,09%) cumplió con la meta establecida ($< 0,99\%$); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 161,5% en comparación con el resultado del año 2023 (0,03%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.</p>
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:			

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: Los cinco indicadores trazadores del proceso (100,0%) contaron con todos los registros de las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad definida en sus fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los cinco indicadores, cuatro (80,0%) no cumplieron con la meta (*Equilibrio presupuestal con recaudo, Margen excedente operacional, Porcentaje de glosa recepcionada por facturación evento, Porcentaje de recuperación de cartera*), y uno (20,0%) sí cumplió con esta (*Variación de costos y gastos*).

Variación porcentual: De los cinco indicadores, cuatro (80,0%) registraron una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (*Equilibrio presupuestal con recaudo, Margen excedente operacional, Porcentaje de glosa recepcionada por facturación evento, Variación de costos y gastos*), y uno (20,0%) registró una variación favorable (*Porcentaje de recuperación de cartera*).

Registro de análisis: Los cuatro indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera.

Complejidad del análisis: Los cuatro indicadores con registro de análisis (100,0%) no cumplieron con los requerimientos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.

Plan de intervención: Los cuatro indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) no contaron con la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: Los cinco indicadores trazadores (100,0%) presentaron los resultados de la medición alguna de las instancias institucionales pertinentes (Junta Directiva, Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción, Comité de Sostenibilidad Contable).

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.

Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Fortalecer, en las instancias institucionales donde se presentan los indicadores trazadores del proceso, el análisis de los resultados, así como la toma de decisiones y la formulación de acciones que contribuyan al logro de los objetivos económicos y financieros para la sostenibilidad de la ESE.

Auditor(es): Adolfo Marulanda Calle

Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.13. Gestión Talento Humano

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN		
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Dirección de Talento Humano Proceso asociado: Gestión Talento Humano		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Gestionar la suficiencia, competencia, bienestar y motivación del personal de la ESE Metrosalud, con el fin de apoyar la operación de los procesos en condiciones de calidad para el logro de los objetivos institucionales.				
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados	
Índice ausentismo laboral con sedes administrativas	< 3	2,3	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (2,3) cumplió con la meta establecida (< 3), y se observó una variación porcentual favorable del -6,8% en comparación con el resultado del año 2023 (2,5). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.	
Índice ausentismo laboral (solo UPSS)	< 3	2,5	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (2,5) cumplió con la meta establecida (< 3), y se observó una variación porcentual favorable del -5,5% en comparación con el resultado del año 2023 (2,7). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.	
Índice de frecuencia de accidentes laborales	< 9	0,6	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (0,6) cumplió con la meta establecida (< 9); sin embargo, se observó una variación porcentual desfavorable del 0,7% en comparación con el resultado del año 2023 (0,6). Los resultados de la medición se	

			presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.
Proporción de satisfacción laboral del cliente interno	$\geq 80\%$	66,00%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad anual definida en la ficha técnica. El resultado (66,00%) no cumplió con la meta establecida ($\geq 80\%$), presentando una proporción de cumplimiento del 82,5%; además, se observó una variación porcentual desfavorable del -4,2% en comparación con el resultado del año 2023 (68,90%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, debido a la ausencia de niveles de desagregación y de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité de Gerencia.</p>
Proporción de servidores evaluados con desempeño laboral sobresaliente	$\geq 20\%$	Sin medición	<p>No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se confirmó que esto se debe a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe, por lo que su registro no aplica para esta evaluación. Esta observación está documentada en la ficha técnica del indicador: "El indicador se actualiza en el mes de abril, después del cierre de las evaluaciones definitivas, de acuerdo con los tiempos estipulados en la normativa". Los resultados de la medición se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.</p>
Proporción ocupación planta de cargos	$\geq 95\%$	90,64%	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad bimestral definida en la ficha técnica. El resultado (90,64%) no cumplió con la meta establecida ($\geq 95\%$), presentando una proporción de cumplimiento del 95,4%; además, se observó una variación porcentual desfavorable del -1,2% en comparación con el resultado del año 2023 (91,71%).</p> <p>Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta; sin embargo, estos no cumplieron con los requerimientos definidos en el Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.</p>

			El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.
--	--	--	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los seis indicadores trazadores del proceso, uno no aplicaba para la evaluación, debido a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe (Proporción de servidores evaluados con desempeño laboral sobresaliente). De los otros cinco indicadores que, si aplicaban para la evaluación, el 100% contaron con todos los registros de las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad definida en sus fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los cinco indicadores con mediciones, dos (40,0%) no cumplieron con la meta (*Proporción de satisfacción laboral del cliente interno, Proporción de ocupación de la planta de cargos*), mientras que los otros tres (60,0%) sí cumplieron con esta.

Variación porcentual: De los cinco indicadores con mediciones, tres (60,0%) registraron una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (*Índice de frecuencia de accidentes laborales, Proporción de satisfacción laboral del cliente interno, Proporción de ocupación de la planta de cargos*), mientras que los otros dos (40,0%) registraron una variación favorable.

Registro de análisis: Los dos indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) presentaron registros de análisis de los resultados en el SGI Almera (*Proporción de satisfacción laboral del cliente interno, Proporción ocupación planta de cargos*).

Complejidad del análisis: Los dos indicadores con registro de análisis (100,0%) no cumplieron con los requerimientos definidos en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*, debido a la ausencia de la toma de decisiones preventivas o correctivas.

Plan de intervención: Los dos indicadores que no cumplieron con la meta (100,0%) no contaron con la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: Los seis indicadores trazadores (100,0%) presentaron los resultados de la medición en instancias institucionales como el Comité de Gerencia y el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente contribuyen a medir el cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, así como incorporar nuevos indicadores del proceso o crear otros, especialmente aquellos cuya medición se realiza durante un periodo específico cuando estén asociados al Plan de Desarrollo o al Plan de Acción Institucional de una vigencia determinada.

Revisar y ajustar, si es necesario, la meta establecida en la ficha técnica de los indicadores trazadores del proceso, con el fin de alinearla a la realidad institucional y a la tendencia histórica de los resultados obtenidos en los últimos años. Este ajuste permitirá una evaluación más precisa y alcanzable, considerando las capacidades operativas actuales de la ESE.



Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.


Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Considerar la formulación de un Plan de Mejoramiento liderado desde la Gerencia de la ESE, con el acompañamiento del equipo directivo y un seguimiento trimestral en el Plan de Acción, para intervenir y mejorar el indicador de satisfacción laboral del cliente interno. Este plan debe contemplar, de manera prioritaria, la implementación de estrategias dirigidas a optimizar las condiciones de trabajo y la asignación de recursos, garantizando así un entorno adecuado para el desarrollo y bienestar de los servidores públicos.

Auditor(es): Adolfo Marulanda Calle
Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.14. Gestión de la Contratación

 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN			
1. Fecha: 14/02/2025	2. Dependencia a evaluar: Dirección de Contratación Proceso asociado: Gestión de la Contratación		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Adquirir los bienes y servicios con las especificaciones técnicas y la oportunidad requeridas por los demás procesos con el fin de mantener en operación y cumplir con los objetivos de la institución			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Proporción de cumplimiento del plan de compras insumos hospitalarios	$\geq 95\%$	Sin medición	No se encontró registro de ninguno de los periodos de medición requeridos para este indicador, conforme a la periodicidad mensual establecida en la ficha técnica, siendo el Líder del Programa de Insumos Hospitalarios el responsable operativo. Los

			<p>resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p> <p>Adicionalmente, según lo corroborado por la líder del proceso, este indicador no contribuye directamente a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso; por lo tanto, no debería considerarse un indicador trazador.</p>
<p>Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general</p>	< 40 días	32,8 días	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (32,8 días) cumplió con la meta establecida (< 40 días); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 30,1% en comparación con el resultado del año 2023 (25,2 días). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p> <p>Adicionalmente, según lo corroborado por la líder del proceso, este indicador tampoco contribuye directamente a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso; por lo tanto, no debería considerarse un indicador trazador.</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los dos indicadores trazadores del proceso, uno (50,0%) no contó con registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024 (*Proporción de cumplimiento del plan de compras de insumos hospitalarios*), y el otro (50,0%) contó con todos los registros requeridos (*Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales del almacén general*).

Cumplimiento de la meta: El indicador con registro de mediciones cumplió con la meta establecida (*Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales del almacén general*).

Variación porcentual: El indicador con registro de mediciones registró una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023.

Registro de análisis: No aplicable para esta evaluación.

Complejidad del análisis: No aplicable para esta evaluación.

Plan de intervención: No aplicable para esta evaluación.

Monitoreo en instancias institucionales: Los resultados de la medición de los dos indicadores trazadores (100,0%) no se presentan en ninguna de las instancias institucionales correspondientes.

De acuerdo con la corroboración de la líder del proceso, los indicadores actualmente asociados al proceso de Gestión de la Contratación, específicamente la *Proporción de Cumplimiento del Plan de Compras de Insumos Hospitalarios* y la *Rotación en Días del Inventario de Todas las Bodegas de Insumos Hospitalarios y Generales del Almacén General*, no contribuyen directamente a la

evaluación del cumplimiento del objetivo del proceso. Por consiguiente, no se consideran indicadores trazadores adecuados.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.


Garantizar el registro oportuno y completo de las mediciones requeridas para todos los indicadores trazadores del proceso en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera, de acuerdo con la periodicidad establecida en las fichas técnicas correspondientes. Esto permitirá detectar oportunamente el incumplimiento de las metas e implementar con eficiencia las acciones correctivas o preventivas necesarias.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Auditor(es): Adolfo Marulanda Calle
Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.15. Gestión Logística

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Dirección Administrativa Proceso asociado: Gestión Logística	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Administrar los bienes y servicios de la ESE METROSALUD de manera eficiente, eficaz y pertinente con el fin de minimizar los riesgos relacionados con el ambiente físico y responder satisfactoriamente a las necesidades de los clientes internos y externos.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a	≥ 80%	67,77%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad anual definida en la ficha técnica. El resultado (67,77%) no cumplió con la meta establecida (≥ 80%), presentando una proporción de

requerimiento de ambiente físico			<p>cumplimiento del 84,7%; además, se observó una variación porcentual desfavorable del -1,8% en comparación con el resultado del año 2023 (69,00%).</p> <p>No se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, responsabilidad a cargo de la Directora Operativa Administrativa.</p> <p>El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para abordar los resultados, y estos no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de cumplimiento de implementación del programa institucional de gestión ambiental (PIGA)	$\geq 95\%$	Sin medición	<p>No se encontró registro de la medición anual requerida para este indicador, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se confirmó que esto se debe a que la medición se genera en la vigencia siguiente (2025), posterior a la fecha de generación de este informe, por lo que su registro no aplica para esta evaluación. Se sugiere documentar esta condición en la ficha técnica del indicador, para evitar futuras inconsistencias en las evaluaciones. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de residuos ordinarios generados	$< 43\%$	Sin medición	<p>No se encontró registro de ninguno de los periodos de medición requeridos para este indicador, conforme a la periodicidad mensual establecida en la ficha técnica, siendo los Profesionales Universitarios Coordinadores Administrativos los responsables operativos. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de residuos peligrosos generados	$< 46\%$	Sin medición	<p>No se encontró registro de ninguno de los periodos de medición requeridos para este indicador, conforme a la periodicidad mensual establecida en la ficha técnica, siendo los Profesionales Universitarios Coordinadores Administrativos los responsables operativos. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
Proporción de residuos reciclables generados	$\geq 10\%$	Sin medición	<p>No se encontró registro de ninguno de los periodos de medición requeridos para este indicador, conforme a la periodicidad mensual establecida en la ficha técnica, siendo los Profesionales Universitarios Coordinadores Administrativos los responsables operativos. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>

<p>Proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad y privacidad del ambiente físico</p>	<p>≥ 95%</p>	<p>95,76%</p>	<p>No se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad trimestral definida en la ficha técnica, faltando la medición correspondiente al cuarto trimestre, siendo los Técnicos Administrativos Estadísticos los responsables operativos. El resultado (95,76%) cumplió con la meta establecida (≥ 95%), y se observó una variación porcentual favorable del 0,0% en comparación con el resultado del año 2023 (95,76%). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>
<p>Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general</p>	<p>< 40 días</p>	<p>32,8 días</p>	<p>Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (32,8 días) cumplió con la meta establecida (< 40 días); no obstante, se observó una variación porcentual desfavorable del 30,1% en comparación con el resultado del año 2023 (25,2 días). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p>

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Registro de las mediciones: De los siete indicadores trazadores del proceso, uno no aplicaba para la evaluación de la medición, debido a que esta se realiza en la vigencia siguiente (año 2025), posterior a la fecha de generación de este informe (*Proporción de cumplimiento de implementación del Programa Institucional de Gestión Ambiental PIGA*). De los seis indicadores que aplicaban para la evaluación, tres indicadores (50.0%) no contaron con ninguno de los registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024, siendo los Coordinadores Administrativos de cada UPSS los responsables operativos (*Proporción de residuos ordinarios generados, Proporción de residuos peligrosos generados, Proporción de residuos reciclables generados*). Un indicador (16.7%) no contó con todos los registros de las mediciones requeridas (*Proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad y privacidad del ambiente físico*), y dos indicadores (33.3%) sí contaron con todos los registros requeridos (*Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimientos de ambiente físico, Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales del almacén general*).

Cumplimiento de la meta: De los tres indicadores con mediciones, uno (33,3%) no cumplió con la meta (*Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimientos de ambiente físico*), mientras que dos (66,7%) sí cumplieron con esta (*Proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad y privacidad del ambiente físico, Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales del almacén general*).

Variación porcentual: De los tres indicadores con mediciones, dos (66,7%) mostraron una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (*Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimientos de ambiente físico, Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales del almacén general*), y uno

(33,3%) mostró una variación favorable (*Proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad y privacidad del ambiente físico*).

Registro de análisis: El indicador que no cumplió con la meta no presentó registros de análisis de los resultados en el SGI Almera (*Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimientos de ambiente físico*).

Complejidad del análisis: No aplicable para esta evaluación.

Plan de intervención: El indicador que no cumplió con la meta no evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para abordar los resultados (*Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimientos de ambiente físico*).

Monitoreo en instancias institucionales: Los resultados de la medición de los siete indicadores trazadores (100,0%) no se presentan en ninguna de las instancias institucionales correspondientes.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Registrar en las fichas técnicas de los indicadores con periodicidad de medición anual, cuyo seguimiento se efectúa en la vigencia siguiente, el período del año en el que se realiza el registro, incluyendo el mecanismo de medición (autoevaluación, formulario en línea o aplicativo).

Garantizar el registro oportuno y completo de las mediciones requeridas para todos los indicadores trazadores del proceso en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera, de acuerdo con la periodicidad establecida en las fichas técnicas correspondientes. Esto permitirá detectar oportunamente el incumplimiento de las metas e implementar con eficiencia las acciones correctivas o preventivas necesarias.

Fortalecer el registro en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera del análisis de los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta establecida en la ficha técnica, garantizando el cumplimiento de todos los requerimientos definidos en el *Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45* para asegurar un análisis e interpretación adecuados.

Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
 Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.16. Gestión Jurídica

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Oficina Asesora Jurídica Proceso asociado: Gestión Jurídica	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Asegurar que las actuaciones de la entidad se enmarquen y soporten dentro de los parámetros legales, con el fin de ejercer la defensa de los intereses judiciales y extrajudiciales de la ESE Metrosalud de manera eficiente, eficaz y oportuna.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Proporción de requerimientos jurídicos tramitados	≥ 95%	Sin medición	No se encontró registro de ninguno de los periodos de medición requeridos para este indicador, conforme a la periodicidad mensual establecida en la ficha técnica, siendo el Profesional Especializado Abogado Jurídica el responsable operativo. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales correspondientes.
Proporción de requerimientos jurídicos tramitados oportunamente	≥ 95%	100,79%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (100,79%) cumplió con la meta establecida (≥ 95%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción. Adicionalmente, ante la obtención de un resultado superior al 100% en un indicador de tipo proporción, como en el presente caso, se recomienda realizar una revisión exhaustiva de los datos y cálculos para identificar posibles errores. En caso de detectarse un error, se deberá actualizar la ficha técnica del indicador para evitar su repetición.
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Resultados de la evaluación:			

Registro de las mediciones: De los dos indicadores trazadores del proceso, uno (50,0%) no contó con registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024, conforme a la periodicidad definida en la ficha técnica (*Proporción de requerimientos jurídicos tramitados*), y el otro (50,0%) sí contó con todos los registros requeridos (*Proporción de requerimientos jurídicos tramitados oportunamente*).

Cumplimiento de la meta: El indicador que registró mediciones cumplió con la meta establecida.

Variación porcentual: El indicador que registró mediciones no cuenta con registros correspondientes a 2023, por lo cual no fue posible obtener la variación porcentual.

Registro de análisis: No aplicable para esta evaluación.

Complejidad del análisis: No aplicable para esta evaluación.

Plan de intervención: No aplicable para esta evaluación.

Monitoreo en instancias institucionales: De los dos indicadores trazadores, para uno (50,0%) los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales (*Proporción de requerimientos jurídicos tramitados*), y para el otro (50,0%) los resultados se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación Plan de Acción.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Garantizar el registro oportuno y completo de las mediciones requeridas para todos los indicadores trazadores del proceso en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera, de acuerdo con la periodicidad establecida en las fichas técnicas correspondientes. Esto permitirá detectar oportunamente el incumplimiento de las metas e implementar con eficiencia las acciones correctivas o preventivas necesarias.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
 Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.




6.2.17. Gestión Sistema de Información

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Dirección Sistemas de Información Proceso asociado: Gestión Sistema de Información	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Generar información confiable y oportuna de cada proceso mediante el uso de tecnologías de información y comunicación, con el fin de soportar la toma de decisiones y la correcta operación del sistema de gestión organizacional.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Proporción de satisfacción del cliente interno con el sistema de información	≥ 95%	95,54%	Se registraron todas las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad semestral definida en la ficha técnica. El resultado (95,54%) cumplió con la meta establecida (≥ 95%), y se observó una variación porcentual favorable del 0,2% en comparación con el resultado del año 2023 (95,35%). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Resultados de la evaluación: El indicador trazador del proceso cumplió con todos los registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024, conforme a la periodicidad definida en la ficha técnica. Asimismo, alcanzó la meta establecida y registró una variación porcentual favorable en comparación con el resultado del año 2023. No obstante, los resultados de la medición del indicador no se presentan en ninguna de las instancias institucionales correspondientes. Cabe señalar que la evaluación del registro de análisis, la completitud del análisis y el plan de intervención no fue aplicable en este caso.			
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos. Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.			
Auditor(es): Adolfo Marulanda Calle Héctor Vallejo Velásquez			

Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.18. Gestión Documental

 Metrosalud	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN		
1. Fecha: 14/02/2025	2. Dependencia a evaluar: Dirección Sistemas de Información Proceso asociado: Gestión Documental		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Organizar, proteger y preservar la memoria institucional contenida en los diferentes tipos de documentos para garantizar la integridad de la información, en concordancia con la normativa vigente y con el Sistema Integrado de Gestión.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso de gestión documental	≥ 95%	Sin medición	No se encontró registro de ninguno de los periodos de medición requeridos para este indicador, conforme a la periodicidad semestral establecida en la ficha técnica, siendo el Técnico Operativo de Gestión Documental el responsable operativo. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.
Proporción de documentos administrativos custodiados entregados oportunamente	≥ 95%	Sin medición	No se encontró registro de ninguno de los periodos de medición requeridos para este indicador, conforme a la periodicidad bimestral establecida en la ficha técnica, siendo el Técnico Operativo de Gestión Documental el responsable operativo. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.
Proporción de pérdida o deterioro de documentos custodiados en el archivo central	< 2%	Sin medición	No se encontró registro de ninguno de los periodos de medición requeridos para este indicador, conforme a la periodicidad bimestral establecida en la ficha técnica, siendo el Técnico Operativo de Gestión Documental el responsable operativo. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Resultados de la evaluación:

Ninguno de los tres indicadores trazadores del proceso (100,0%) contó con registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024, conforme a la periodicidad definida en sus fichas técnicas, situación que persiste desde la vigencia 2023; por consiguiente, la evaluación del cumplimiento de la meta, la variación porcentual, el registro y completitud del análisis, y el plan de intervención no fue aplicable en este caso, y se constató que los resultados de la medición de estos tres indicadores trazadores no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Garantizar el registro oportuno y completo de las mediciones requeridas para todos los indicadores trazadores del proceso en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera, de acuerdo con la periodicidad establecida en las fichas técnicas correspondientes. Esto permitirá detectar oportunamente el incumplimiento de las metas e implementar con eficiencia las acciones correctivas o preventivas necesarias.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.



6.2.19. Gestión de Convenios

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Oficina Salud Pública, Gestión Territorial y Convenios Proceso asociado: Gestión de Convenios	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Gestionar estrategias y mecanismos de coordinación entre los diferentes actores en el territorio, ejecutando los proyectos de salud pública y actividades de P y P, articulados al modelo de prestación de servicios con el fin de incrementar la eficiencia, eficacia y la calidad de la prestación de servicios en pro de intervenir los determinantes de salud de la población objeto.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Índice combinado de satisfacción	≥ 7	7,80	Se registraron todas las mediciones requeridas según la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (7,80) cumplió con la meta establecida (≥ 7), y además, registró una variación porcentual favorable del 29,0% con respecto al resultado del año 2023 (6,05). Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales. Adicionalmente, según lo corroborado por el líder del proceso, este indicador no contribuye directamente a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso; por lo tanto, no debería considerarse un indicador trazador.
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Resultados de la evaluación: El indicador trazador del proceso cumplió con todos los registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024, conforme a la periodicidad definida en la ficha técnica. Asimismo, alcanzó la meta establecida y registró una variación porcentual favorable en comparación con el resultado del año 2023. No obstante, los resultados de la medición del indicador no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes. Cabe señalar que la evaluación del registro de análisis, la completitud del análisis y el plan de intervención no fue aplicable en este caso. De acuerdo con la corroboración del líder del proceso, el indicador actualmente asociado al proceso de Gestión de Convenios, específicamente el Índice Combinado de Satisfacción, no contribuye directamente a la evaluación del cumplimiento del objetivo del proceso. Por consiguiente, no se considera un indicador trazador adecuado.			

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:


Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.20. Gestión Control Interno Disciplinario

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Oficina Control Interno Disciplinario Proceso asociado: Gestión Control Interno Disciplinario	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Adelantar las actuaciones disciplinarias a los servidores adscritos a la ESE Metrosalud, conforme a la normatividad vigente con el fin de prevenir y corregir las faltas disciplinarias al interior de la entidad.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Proporción de noticias disciplinarias tramitadas	≥ 95%	Sin medición	No se encontró registro de ninguna de las mediciones requeridas para este indicador, conforme a la periodicidad bimestral establecida en la ficha técnica, siendo el Jefe Oficina Instrucción Proceso Disciplinario el responsable operativo. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.
Proporción de noticias disciplinarias	≥ 95%	Sin medición	No se encontró registro de ninguna de las mediciones requeridas para este indicador, conforme a la periodicidad bimestral establecida en la ficha técnica,

tramitadas oportunamente			siendo el Jefe Oficina Instrucción Proceso Disciplinario el responsable operativo. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.
Proporción de procesos disciplinarios adelantados dentro de los términos legales	$\geq 95\%$	Sin medición	No se encontró registro de ninguna de las mediciones requeridas para este indicador, conforme a la periodicidad bimestral establecida en la ficha técnica, siendo el Jefe Oficina Instrucción Proceso Disciplinario el responsable operativo. Los resultados de la medición no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.
<p>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</p> <p>Resultados de la evaluación:</p> <p>Ninguno de los tres indicadores trazadores del proceso (100,0%) contó con registros de las mediciones requeridas para la vigencia 2024, conforme a la periodicidad definida en sus fichas técnicas, situación que persiste desde la vigencia 2023; por consiguiente, la evaluación del cumplimiento de la meta, la variación porcentual, el registro y completitud del análisis, y el plan de intervención no fue aplicable en este caso, y se constató que los resultados de la medición de estos tres indicadores trazadores no se presentan en ninguna de las instancias institucionales pertinentes.</p> <p>De acuerdo con la corroboración de la líder del proceso, los tres indicadores trazadores de este proceso fueron diseñados durante la vigencia de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único), que fue derogada por la Ley 1952 de 2019. Esta derogación entró en vigencia el 29 de marzo de 2022, motivo por el cual dichos indicadores dejaron de medirse. No obstante, aún no han sido reemplazados por otros que se ajusten a la normatividad vigente.</p>			
<p>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</p> <p>Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.</p> <p>Garantizar el registro oportuno y completo de las mediciones requeridas para todos los indicadores trazadores del proceso en el Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera, de acuerdo con la periodicidad establecida en las fichas técnicas correspondientes. Esto permitirá detectar oportunamente el incumplimiento de las metas e implementar con eficiencia las acciones correctivas o preventivas necesarias.</p> <p>Realizar el seguimiento de los indicadores trazadores del proceso en las instancias institucionales pertinentes, conforme a la periodicidad establecida para su medición. Esto permitirá visibilizar los resultados y garantizar una mayor efectividad en la implementación de acciones correctivas y preventivas.</p>			
<p>Adolfo Marulanda Calle Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.</p>			

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

6.2.21. Gestión de la Evaluación

		EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2024 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. Fecha: 14/02/2025		2. Dependencia a evaluar: Oficina Control Interno y Evaluación Proceso asociado: Gestión de la Evaluación	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del proceso: Evaluar en cada vigencia los componentes del sistema integrado de gestión organizacional de la ESE Metrosalud, con un enfoque sistemático y disciplinado frente a los requisitos aplicables, con el fin de aportar al mejoramiento y eficacia de los procesos, la gestión de los riesgos, el control y el gobierno.			
4. INDICADOR TRAZADOR	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Resultado	5.2. Análisis de Resultados
Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso de auditoría	≥ 85%	100,0%	Se registraron todas las mediciones requeridas conforme a la periodicidad semestral definida en la ficha técnica. El resultado (100,0%) cumplió con la meta establecida (≥ 85%) y, además, presentó una variación porcentual favorable del 1,5% en comparación con el resultado del año 2023 (98,50%). Los resultados de la medición se presentan en el Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción.
Proporción de cumplimiento del plan anual de evaluaciones	≥ 95%	90,92%	Se registraron todas las mediciones requeridas conforme a la periodicidad mensual definida en la ficha técnica. El resultado (90,92%) no cumplió con la meta establecida (≥ 95%), presentando una proporción de cumplimiento del 95,7% y, además, una variación porcentual desfavorable del -9,1% en comparación con el resultado del año 2023 (100,0%). Se evidenciaron los registros de análisis de los resultados requeridos ante el incumplimiento de la meta, los cuales cumplieron con los requisitos definidos en el <i>Manual Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45</i> . El indicador no cuenta con un plan de mejoramiento para intervenir los resultados, y estos se presentan en el Comité de Coordinación de Control Interno.
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Resultados de la evaluación:			

Registro de las mediciones: Los dos indicadores trazadores del proceso (100,0%) contaron con el registro completo de las mediciones requeridas, conforme a la periodicidad establecida en sus fichas técnicas.

Cumplimiento de la meta: De los dos indicadores, uno (50,0%) no cumplió la meta (*Proporción de Cumplimiento del Plan Anual de Evaluaciones*), mientras que el otro (50,0%) sí la cumplió (*Proporción de Clientes Internos Satisfechos con el Proceso de Auditoría*).

Variación porcentual: De los dos indicadores, uno (50,0%) presentó una variación porcentual desfavorable en comparación con el resultado del año 2023 (*Proporción de Cumplimiento del Plan Anual de Evaluaciones*), y el otro (50,0%) presentó una variación favorable (*Proporción de Clientes Internos Satisfechos con el Proceso de Auditoría*).

Registro de análisis: El indicador que no cumplió con la meta presentó registros de análisis de los resultados en el SGI Almera.

Complejidad del análisis: El indicador que presentó registros de análisis cumplió con los requisitos definidos en el *Manual Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45*.

Plan de intervención: El indicador que no cumplió la meta no evidenció la formulación de un plan de mejoramiento para intervenir los resultados.

Monitoreo en instancias institucionales: Los resultados de la medición de los dos indicadores trazadores (100,0%) se presentan en las instancias institucionales pertinentes (Comité de Coordinación de Control Interno y Comité Ampliado de Gerencia - Evaluación del Plan de Acción).

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Revisar el tablero de indicadores trazadores para evaluar la pertinencia de su medición y verificar si realmente aportan a la medición del cumplimiento del objetivo del proceso. Con base en los resultados de esta revisión, se deberán mantener, modificar o suprimir los indicadores existentes, incorporar otros indicadores del proceso, o bien, crear nuevos.

Elaborar planes de mejoramiento para los indicadores que no alcancen la meta establecida en la ficha técnica o que presenten dos mediciones consecutivas por debajo de los niveles promedio, de acuerdo con lo estipulado en el *Manual de Construcción y Análisis de Indicadores PE 02 MA 45*. Estos planes deben incluir el correspondiente análisis causal y su registro en el módulo específico del Sistema de Gestión Integral (SGI) Almera.

Adolfo Marulanda Calle
Auditor(es): Héctor Vallejo Velásquez
 Profesionales Especializados Control Interno y Evaluación.

Nota: Este documento corresponde a una adaptación del formato (versión 6) establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Aprobación:

Informe Elaborado por	Héctor Vallejo Velásquez – Adolfo Marulanda Calle
Informe Aprobado por	Gloria Patricia Isaza Orduz – Jefe Oficina de Control Interno y Evaluación
Fecha de aprobación del informe	03/03/2025



ANEXOS

Anexo A. Comportamiento de los indicadores trazadores.

PROCESO	INDICADOR TRAZADOR	Meta indicador	Resultado 2023	Resultado 2024	Porcentaje Cumplimiento 2024	Variación porcentual 2024 Vs 2023
Direccionamiento y Planeación	Ejecución presupuestal del plan de inversiones	≥ 95%	92,61%	80,99%	85,3%	-12,5%
Direccionamiento y Planeación	Proporción de cumplimiento del plan de acción (POA)	≥ 90%	89,70%	94,75%	100,0%	5,6%
Direccionamiento y Planeación	Proporción de cumplimiento del plan de desarrollo 2018 - 2020 (por perspectivas)	≥ 90%	Sin medición	Sin medición	-	-
Desarrollo Sistema de Gestión	Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	≥ 90%	72,75%	73,00%	81,1%	0,4%
Desarrollo Sistema de Gestión	Índice de desempeño del modelo estándar de control interno - MECI	≥ 80	79,700	Sin medición	-	-
Desarrollo Sistema de Gestión	Índice de gestión y desempeño institucional MIPG (FURAG)	≥ 80	72,100	Sin medición	-	-
Desarrollo Sistema de Gestión	Índice eventos adversos	< 5	4,2	3,8	100,0%	-10,2%
Desarrollo Sistema de Gestión	Mejoramiento continuo calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1,2%	0,86%	Sin medición	-	-
Desarrollo Sistema de Gestión	Nivel de desarrollo del modelo estándar de control interno - MECI	≥ 80%	55,00%	50,50%	63,1%	-8,2%
Desarrollo Sistema de Gestión	Nivel de desarrollo del sistema de gestión ambiental	≥ 95%	78,49%	Sin medición	-	-
Desarrollo Sistema de Gestión	Nivel de desarrollo del sistema de gestión de riesgos	≥ 95%	81,43%	Sin medición	-	-
Desarrollo Sistema de Gestión	Nivel de desarrollo del sistema gestión de seguridad y salud en el trabajo SGSST	≥ 95%	99,00%	99,00%	100,0%	0
Desarrollo Sistema de Gestión	Promedio de la autoevaluación de acreditación	≥ 3	2,5	Sin medición	-	-
Desarrollo Sistema de Gestión	Proporción de cumplimiento de estándares de habilitación	≥ 100%	80,50%	81,60%	81,6%	1,4%
Gestión Venta de Servicios	Índice de variación en la venta de servicios	≥ 0.05	7,66	12,79	100,0%	67,0%
Atención Ambulatoria	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cons med	≥ 95%	74,88%	84,44%	88,9%	12,8%



Atención Ambulatoria	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de odontología	≥ 95%	93,53%	95,51%	100,0%	2,1%
Atención Ambulatoria	Tiempo de espera en consulta de odontología general	< 3 días	3,2 días	2,7 días	100,0%	-14,6%
Atención Ambulatoria	Tiempo de espera en consulta médica especializada (obstetricia)	< 8 días	9,6 días	6,9 días	100,0%	-28,7%
Atención Ambulatoria	Tiempo de espera en consulta médica especializada (ortopedia)	< 15 días	9,3 días	3,3 días	100,0%	-64,2%
Atención Ambulatoria	Tiempo de espera en consulta médica general	< 3 días	3,0 días	2,5 días	100,0%	-17,4%
Atención en Urgencias	Índice de infección intrahospitalaria por urgencias	< 2	0,008	0,006	100,0%	-30,0%
Atención en Urgencias	Oportunidad en el traslado del paciente urgente externa	< 180 minutos	392,5 minutos	382,8 minutos	47,0%	-2,5%
Atención en Urgencias	Proporción de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio que recibieron atención específica oportuna	≥ 90%	93,08%	67,82%	75,4%	-27,1%
Atención en Urgencias	Proporción de reingresos por urgencias	< 2%	0,69%	0,83%	100,0%	20,8%
Atención en Urgencias	Proporción de usuarios con referencia urgente satisfecha	≥ 90%	98,23%	99,20%	100,0%	1,0%
Atención en Urgencias	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio ambulancia	≥ 95%	90,69%	97,45%	100,0%	7,5%
Atención en Urgencias	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio urgencias	≥ 95%	66,30%	73,10%	76,9%	10,2%
Atención en Urgencias	Tiempo de espera consulta de urgencias prioridad II - oportunidad de la consulta de urgencias (triage II)	< 30 minutos	22,1 minutos	20,6 minutos	100,0%	-6,7%
Atención en Hospitalización	Índice de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	< 2	0,42	0,44	100,0%	2,6%
Atención en Hospitalización	Índice eventos adversos	< 5	4,18	3,75	100,0%	-10,2%
Atención en Hospitalización	Oportunidad de los egresos hospitalarios	< 4 horas	2,9 horas	3,8 horas	100,0%	33,8%
Atención en Hospitalización	Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna	< 10 horas	14,2 horas	14,8 horas	67,4%	4,7%
Atención en Hospitalización	Oportunidad en la ubicación del paciente en la cama hospitalaria	< 2 horas	7,1 horas	11,1 horas	18,0%	56,7%
Atención en Hospitalización	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio internación	≥ 95%	88,82%	90,60%	95,4%	2,0%
Atención en Hospitalización	Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados	< 20	7,37	8,79	100,0%	19,3%



Atención Quirúrgica	Índice de infección intrahospitalaria en cirugía (infección de sitio operatorio) UH Belén	< 2%	1,34%	0,69%	100,0%	-49,0%
Atención Quirúrgica	Proporción de endometritis pos cesárea UH Manrique	< 2%	0,66%	1,20%	100,0%	80,1%
Atención Quirúrgica	Proporción de endometritis puerperal	< 2%	0,79%	0,59%	100,0%	-25,3%
Atención Quirúrgica	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cirugía	≥ 95%	74,55%	92,62%	97,5%	24,2%
Atención Quirúrgica	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio partos	≥ 95%	87,56%	94,10%	99,1%	7,5%
Atención Quirúrgica	Tasa de mortalidad quirúrgica por 1000 UH Belén	< 0.4	0,000	0,252	100,0%	-
Atención Quirúrgica	Tiempo de espera (oportunidad) en la realización de la cirugía programada UH Belén	< 30 días	39,3 días	27,9 días	100,0%	-29,1%
Atención en Laboratorio Clínico	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio a hospitalización (minutos)	< 120 minutos	54,0 minutos	58,3 minutos	100,0%	8,1%
Atención en Laboratorio Clínico	Oportunidad (minutos) en la entrega de resultados de laboratorio a urgencias	< 120 minutos	56,5 minutos	63,8 minutos	100,0%	12,8%
Atención en Laboratorio Clínico	Proporción de resultados críticos de laboratorio reportados	≥ 100%	99,45%	98,10%	98,1%	-1,4%
Atención en Laboratorio Clínico	Proporción de usuarios con muestras de laboratorio no conformes	< 2%	0,23%	0,19%	100,0%	-14,8%
Atención en Laboratorio Clínico	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio laboratorio	≥ 95%	88,89%	92,04%	96,9%	3,5%
Atención en Imágenes Diagnósticas	Oportunidad del servicio de ecografía obstétrica	< 6 días	8,7 días	6,2 días	96,7%	-28,7%
Atención en Imágenes Diagnósticas	Proporción de estudios de imagenología repetidos	< 2%	0,00%	0,00%	100,0%	0
Atención en Imágenes Diagnósticas	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio imagenología	≥ 95%	91,85%	92,83%	97,7%	1,1%
Gestión Servicio Farmacéutico	Índice de rotación de inventario de farmacia	≥ 0.8	1,289	1,177	100,0%	-8,7%
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de entrega incompleta e inoportuna de tratamientos	< 7%	4,62%	4,43%	100,0%	-4,2%
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRUM)	< 2%	0,09%	0,15%	100,0%	69,7%
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de problemas relacionados con medicamentos por administración (PRM)	< 2%	8,11%	3,76%	53,3%	-53,7%
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de problemas relacionados con medicamentos por dispensación (PRM)	< 2%	8,33%	3,78%	52,9%	-54,6%
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de problemas relacionados con medicamentos por prescripción (PRM)	< 2%	72,14%	81,73%	2,4%	13,3%



Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio farmacéutico	≥ 95%	100,00%	100,00%	100,0%	0
Gestión de Convenios	Índice combinado de satisfacción	≥ 7	6,05	7,80	100,0%	29,0%
Gestión Talento Humano	Índice ausentismo laboral con sedes administrativas	< 3	2,5	2,3	100,0%	-6,8%
Gestión Talento Humano	Índice ausentismo laboral (solo UPSS)	< 3	2,7	2,5	100,0%	-5,5%
Gestión Talento Humano	Índice de frecuencia de accidentes laborales	< 9	0,6	0,6	100,0%	0,7%
Gestión Talento Humano	Proporción de satisfacción laboral del cliente interno	≥ 80%	68,90%	66,00%	82,5%	-4,2%
Gestión Talento Humano	Proporción de servidores evaluados con desempeño laboral sobresaliente	≥ 20%	75,17%	Sin medición	-	-
Gestión Talento Humano	Proporción ocupación planta de cargos	≥ 95%	91,71%	90,64%	95,4%	-1,2%
Gestión Financiera	Equilibrio presupuestal con recaudo	≥ 1	0,838	0,800	80,0%	-4,5%
Gestión Financiera	Margen excedente operacional	≥ 1%	-9,76%	-13,75%	-1375,4%	41,0%
Gestión Financiera	Porcentaje de glosa recepcionada por facturación evento	< 8%	8,05%	11,39%	70,3%	41,5%
Gestión Financiera	Porcentaje de recuperación de cartera	≥ 95%	88,50%	90,67%	95,4%	2,5%
Gestión Financiera	Variación de costos y gastos	< 0,99%	0,03%	0,09%	100,0%	161,5%
Gestión Logística	Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimiento de ambiente físico	≥ 80%	69,00%	67,77%	84,7%	-1,8%
Gestión Logística	Proporción de cumplimiento de implementación del programa institucional de gestión ambiental (PIGA)	≥ 95%	83,60%	Sin medición	-	-
Gestión Logística	Proporción de residuos ordinarios generados	< 43%	47,03%	Sin medición	-	-
Gestión Logística	Proporción de residuos peligrosos generados	< 46%	42,17%	Sin medición	-	-
Gestión Logística	Proporción de residuos reciclables generados	≥ 10%	11,15%	Sin medición	-	-
Gestión Logística	Proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad y privacidad del ambiente físico	≥ 95%	95,76%	95,76%	100,0%	0,0%
Gestión Logística	Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general	< 40 días	25,2 días	32,8 días	100,0%	30,1%
Gestión Jurídica	Proporción de requerimientos jurídicos tramitados	≥ 95%	104,17%	Sin medición	-	-



Gestión Jurídica	Proporción de requerimientos jurídicos tramitados oportunamente	≥ 95%	Sin medición	100,79%	100,0%	-
Gestión Sistema de Información	Proporción de satisfacción del cliente interno con el sistema de información	≥ 95%	95,35%	95,54%	100,0%	0,2%
Gestión Documental	Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso de gestión documental	≥ 95%	Sin medición	Sin medición	-	-
Gestión Documental	Proporción de documentos administrativos custodiados entregados oportunamente	≥ 95%	Sin medición	Sin medición	-	-
Gestión Documental	Proporción de pérdida o deterioro de documentos custodiados en el archivo central	< 2%	Sin medición	Sin medición	-	-
Gestión Control Interno Disciplinario	Proporción de noticias disciplinarias tramitadas	≥ 95%	Sin medición	Sin medición	-	-
Gestión Control Interno Disciplinario	Proporción de noticias disciplinarias tramitadas oportunamente	≥ 95%	Sin medición	Sin medición	-	-
Gestión Control Interno Disciplinario	Proporción de procesos disciplinarios adelantados dentro de los términos legales	≥ 95%	Sin medición	Sin medición	-	-
Gestión de la Contratación	Proporción de cumplimiento del plan de compras insumos hospitalarios	≥ 95%	97,81%	Sin medición	-	-
Gestión de la Contratación	Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general	< 40 días	25,2 días	32,8 días	100,0%	30,1%
Gestión de la Evaluación	Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso de auditoría	≥ 85%	98,50%	100,00%	100,0%	1,5%
Gestión de la Evaluación	Proporción de cumplimiento del plan anual de evaluaciones	≥ 95%	100,00%	90,92%	95,7%	-9,1%



Anexo B. Resultados de la evaluación por indicador.

PROCESO	INDICADOR TRAZADOR	1. Registro de las mediciones requeridas	2. Cumplimiento de la meta	3. Variación porcentual 2024 Vs 2023	4. Registro de análisis	5. Completitud del análisis	6. Cuenta con plan de intervención	7. Monitoreo en instancias institucionales
Direccionamiento y Planeación	Ejecución presupuestal del plan de inversiones	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Direccionamiento y Planeación	Proporción de cumplimiento del plan de acción (POA)	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Direccionamiento y Planeación	Proporción de cumplimiento del plan de desarrollo 2018 - 2020 (por perspectivas)	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Índice de desempeño del modelo estándar de control interno - MECI	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Índice de gestión y desempeño institucional MIPG (FURAG)	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Índice eventos adversos	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Mejoramiento continuo calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Nivel de desarrollo del modelo estándar de control interno - MECI	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Nivel de desarrollo del sistema de gestión ambiental	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Nivel de desarrollo del sistema de gestión de riesgos	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Nivel de desarrollo del sistema gestión de seguridad y salud en el trabajo SGSST	Completo	Cumple	Sin variación	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Promedio de la autoevaluación de acreditación	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Desarrollo Sistema de Gestión	Proporción de cumplimiento de estándares de habilitación	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Venta de Servicios	Índice de variación en la venta de servicios	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención Ambulatoria	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cons med	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis completo	No cuenta con plan	No se monitorea



Atención Ambulatoria	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de odontología	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención Ambulatoria	Tiempo de espera en consulta de odontología general	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención Ambulatoria	Tiempo de espera en consulta médica especializada (obstetricia)	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención Ambulatoria	Tiempo de espera en consulta médica especializada (ortopedia)	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención Ambulatoria	Tiempo de espera en consulta médica general	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención en Urgencias	Índice de infección intrahospitalaria por urgencias	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención en Urgencias	Oportunidad en el traslado del paciente urgente externa	Completo	No cumple	Favorable	Sin registro	No aplica	No cuenta con plan	Si se monitorea
Atención en Urgencias	Proporción de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio que recibieron atención específica oportuna	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención en Urgencias	Proporción de reingresos por urgencias	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención en Urgencias	Proporción de usuarios con referencia urgente satisfecha	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención en Urgencias	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio ambulancia	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención en Urgencias	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio urgencias	Completo	No cumple	Favorable	Sin registro	No aplica	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención en Urgencias	Tiempo de espera consulta de urgencias prioridad II - oportunidad de la consulta de urgencias (triage II)	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención en Hospitalización	Índice de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención en Hospitalización	Índice eventos adversos	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención en Hospitalización	Oportunidad de los egresos hospitalarios	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención en Hospitalización	Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención en Hospitalización	Oportunidad en la ubicación del paciente en la cama hospitalaria	Completo	No cumple	Desfavorable	Sin registro	No aplica	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención en Hospitalización	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio internación	Completo	No cumple	Favorable	Sin registro	No aplica	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención en Hospitalización	Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea



Atención Quirúrgica	Índice de infección intrahospitalaria en cirugía (infección de sitio operatorio) UH Belén	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención Quirúrgica	Proporción de endometritis pos cesárea UH Manrique	Incompleto	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención Quirúrgica	Proporción de endometritis puerperal	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención Quirúrgica	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio cirugía	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención Quirúrgica	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio partos	Completo	No cumple	Favorable	Sin registro	No aplica	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención Quirúrgica	Tasa de mortalidad quirúrgica por 1000 UH Belén	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención Quirúrgica	Tiempo de espera (oportunidad) en la realización de la cirugía programada UH Belén	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Atención en Laboratorio Clínico	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio a hospitalización (minutos)	Incompleto	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención en Laboratorio Clínico	Oportunidad (minutos) en la entrega de resultados de laboratorio a urgencias	Incompleto	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención en Laboratorio Clínico	Proporción de resultados críticos de laboratorio reportados	Incompleto	No cumple	Desfavorable	Sin registro	No aplica	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención en Laboratorio Clínico	Proporción de usuarios con muestras de laboratorio no conformes	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención en Laboratorio Clínico	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio laboratorio	Completo	No cumple	Favorable	Sin registro	No aplica	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención en Imágenes Diagnósticas	Oportunidad del servicio de ecografía obstétrica	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis completo	No cuenta con plan	No se monitorea
Atención en Imágenes Diagnósticas	Proporción de estudios de imagenología repetidos	Completo	Cumple	Sin variación	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Atención en Imágenes Diagnósticas	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio imagenología	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	No se monitorea
Gestión Servicio Farmacéutico	Índice de rotación de inventario de farmacia	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de entrega incompleta e inoportuna de tratamientos	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRUM)	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de problemas relacionados con medicamentos por administración (PRM)	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de problemas relacionados con medicamentos por dispensación (PRM)	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de problemas relacionados con medicamentos por prescripción (PRM)	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea



Gestión Servicio Farmacéutico	Proporción de usuarios satisfechos con el servicio farmacéutico	Completo	Cumple	Sin variación	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión de Convenios	Índice combinado de satisfacción	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Talento Humano	Índice ausentismo laboral con sedes administrativas	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión Talento Humano	Índice ausentismo laboral (solo UPSS)	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión Talento Humano	Índice de frecuencia de accidentes laborales	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión Talento Humano	Proporción de satisfacción laboral del cliente interno	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Talento Humano	Proporción de servidores evaluados con desempeño laboral sobresaliente	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión Talento Humano	Proporción ocupación planta de cargos	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Financiera	Equilibrio presupuestal con recaudo	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Financiera	Margen excedente operacional	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Financiera	Porcentaje de glosa recepcionada por facturación evento	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Financiera	Porcentaje de recuperación de cartera	Completo	No cumple	Favorable	Con registro	Análisis incompleto	No cuenta con plan	Si se monitorea
Gestión Financiera	Variación de costos y gastos	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión Logística	Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimiento de ambiente físico	Completo	No cumple	Desfavorable	Sin registro	No aplica	No cuenta con plan	No se monitorea
Gestión Logística	Proporción de cumplimiento de implementación del programa institucional de gestión ambiental (PIGA)	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Logística	Proporción de residuos ordinarios generados	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Logística	Proporción de residuos peligrosos generados	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Logística	Proporción de residuos reciclables generados	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Logística	Proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad y privacidad del ambiente físico	Incompleto	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea



Gestión Logística	Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Jurídica	Proporción de requerimientos jurídicos tramitados	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Jurídica	Proporción de requerimientos jurídicos tramitados oportunamente	Completo	Cumple	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión Sistema de Información	Proporción de satisfacción del cliente interno con el sistema de información	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Documental	Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso de gestión documental	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Documental	Proporción de documentos administrativos custodiados entregados oportunamente	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Documental	Proporción de pérdida o deterioro de documentos custodiados en el archivo central	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Control Interno Disciplinario	Proporción de noticias disciplinarias tramitadas	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Control Interno Disciplinario	Proporción de noticias disciplinarias tramitadas oportunamente	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión Control Interno Disciplinario	Proporción de procesos disciplinarios adelantados dentro de los términos legales	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión de la Contratación	Proporción de cumplimiento del plan de compras insumos hospitalarios	Sin mediciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión de la Contratación	Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general	Completo	Cumple	Desfavorable	No aplica	No aplica	No aplica	No se monitorea
Gestión de la Evaluación	Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso de auditoría	Completo	Cumple	Favorable	No aplica	No aplica	No aplica	Si se monitorea
Gestión de la Evaluación	Proporción de cumplimiento del plan anual de evaluaciones	Completo	No cumple	Desfavorable	Con registro	Análisis completo	No cuenta con plan	Si se monitorea



Anexo C. Resultados de la evaluación por proceso.

PROCESO	N° Indicadores	1. Registro de las mediciones requeridas							2. Cumplimiento de la meta				3. Variación porcentual 2024 Vs 2023					
		Completo		Incompleto		Sin mediciones		No aplica	Cumple		No cumple		Favorable		Desfavorable		Sin variación	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN	3	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	1	50,0%	1	50,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
DESARROLLO SISTEMA DE GESTIÓN	11	5	100%	0	0,0%	0	0,0%	6	2	40,0%	3	60,0%	3	60,0%	1	20,0%	1	20,0%
GESTIÓN VENTA DE SERVICIOS	1	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	1	100%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
ATENCIÓN AMBULATORIA	6	6	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	5	83,3%	1	16,7%	6	100%	0	0,0%	0	0,0%
ATENCIÓN EN URGENCIAS	8	8	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	5	62,5%	3	37,5%	6	75,0%	2	25,0%	0	0,0%
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	7	7	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	4	57,1%	3	42,9%	2	28,6%	5	71,4%	0	0,0%
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	7	6	85,7%	1	14,3%	0	0,0%	0	5	71,4%	2	28,6%	5	71,4%	2	28,6%	0	0,0%
ATENCIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO	5	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	3	60,0%	2	40,0%	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%
ATENCIÓN EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	3	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	1	33,3%	2	66,7%	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%
GESTIÓN SERVICIO FARMACÉUTICO	7	7	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	4	57,1%	3	42,9%	3	42,9%	3	42,9%	1	14,3%
GESTIÓN DE CONVENIOS	1	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	1	100%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
GESTIÓN TALENTO HUMANO	6	5	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	3	60,0%	2	40,0%	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%
GESTIÓN FINANCIERA	5	5	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	1	20,0%	4	80,0%	1	20,0%	4	80,0%	0	0,0%
GESTIÓN LOGÍSTICA	7	2	33,3%	1	16,7%	3	50,0%	1	2	66,7%	1	33,3%	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%
GESTIÓN JURÍDICA	2	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	1	100%	0	0,0%	0	-	0	-	0	-
GESTIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN	1	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	1	100%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
GESTIÓN DOCUMENTAL	3	0	0,0%	0	0,0%	3	100%	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
GESTIÓN CONTROL INTERNO DISCIP	3	0	0,0%	0	0,0%	3	100%	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	2	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN	2	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	1	50,0%	1	50,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
TOTAL	90	65	80,2%	5	6,2%	11	13,6%	9	42	60,0%	28	40,0%	38	55,1%	28	40,6%	3	4,3%



PROCESO	N° Indicadores	4. Registro de análisis				5. Completitud del análisis				6. Cuenta con plan de intervención				7. Monitoreo en instancias institucionales			
		Con registro		Sin registro		Análisis completo		Análisis incompleto		Si cuenta con plan		No cuenta con plan		Si se monitorea		No se monitorea	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN	3	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	1	100%	2	66,7%	1	33,3%
DESARROLLO SISTEMA DE GESTIÓN	11	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	3	100%	0	0,0%	3	100%	8	72,7%	3	27,3%
GESTIÓN VENTA DE SERVICIOS	1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0%	1	100%
ATENCIÓN AMBULATORIA	6	1	100%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	4	66,7%	2	33,3%
ATENCIÓN EN URGENCIAS	8	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	3	100%	3	37,5%	5	62,5%
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	7	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	3	100%	3	42,9%	4	57,1%
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	7	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	2	100%	4	57,1%	3	42,9%
ATENCIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO	5	0	0,0%	2	100%	0	-	0	-	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	5	100%
ATENCIÓN EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	3	2	100%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	3	100%
GESTIÓN SERVICIO FARMACÉUTICO	7	3	100%	0	0,0%	0	0,0%	3	100%	0	0,0%	3	100%	5	71,4%	2	28,6%
GESTIÓN DE CONVENIOS	1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0%	1	100%
GESTIÓN TALENTO HUMANO	6	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	2	100%	6	100%	0	0,0%
GESTIÓN FINANCIERA	5	4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	100%	0	0,0%	4	100%	5	100%	0	0,0%
GESTIÓN LOGÍSTICA	7	0	0,0%	1	100%	0	-	0	-	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	7	100%
GESTIÓN JURÍDICA	2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	50,0%	1	50,0%
GESTIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN	1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0%	1	100%
GESTIÓN DOCUMENTAL	3	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0%	3	100%
GESTIÓN CONTROL INTERNO DISCIP	3	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0%	3	100%
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	2	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0%	2	100%
GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN	2	1	100%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	2	100%	0	0,0%
TOTAL	90	20	71,4%	8	28,6%	3	15,0%	17	85,0%	0	0,0%	28	100%	43	47,8%	47	52,2%