


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	1 de 30		

PRELIMINAR <input checked="" type="checkbox"/>	DEFINITIVO <input type="checkbox"/>
Elemento Organizacional Evaluado:	Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad, (PAMEC) de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, SOGC
Unidad Administrativa	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional
Líder del elemento organizacional evaluado:	Natalia Peláez Miyar - Jefe de Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional John William López Tamayo Profesional Especializado
Equipo evaluador	Claudia Regina Gonzalez Gonzalez Profesional Especializado Control Interno
Fechas de realización de la evaluación:	13 mayo al 13 junio de 2025
Fechas de presentación del informe:	11 junio 2025


1. Evaluación:

1.1. Objetivo de la evaluación:

Realizar una revisión comparativa del desarrollo y mejora del PAMEC en la ESE Metrosalud, de acuerdo con las metodologías establecidas en la ley y reglamentaciones aplicables, el diseño dentro del sistema integrado, la gestión de los procesos, los riesgos y controles cumpliendo las Nuevas Normas Globales de Auditoría Interna NOGAI 2024 Instituto Internacional de Auditores.

1.2. Objetivos Específicos:

1. Verificar los resultados comparativos de la autoevaluación a los estándares de acreditación entre los años 2016 y 2023 en la ESE Metrosalud, identificándolas variaciones en el nivel de mejora según las metas establecidas.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	2 de 30		

2. Revisar los resultados de los indicadores de la calidad esperada en los ciclos 5 y 6 del PAMEC Institucional, incluyendo la eficacia y efectividad en los procesos priorizados.
3. Verificar el cumplimiento de las actividades definidas a las oportunidades de mejora en el plan de acción y las evidencias de su aporte al logro de la calidad esperada definida en el ciclo 6° del PAMEC.
4. Realizar seguimiento al plan de mejora formulado a la auditoria interna 2024 del PAMEC, evidenciando los resultados de la implementación de la ruta Crítica en el periodo evaluado
5. Evaluar el mapa de riesgos y los controles del proceso Desarrollo Del Sistema De Gestión identificando los riesgos asociados al desempeño del PAMEC, o identificados por parte del auditor.

1.3. Alcance de la evaluación:

Documentación, planes de implementación y mejora de los ciclos 5 y 6, el seguimiento al plan de mejora de la auditoria interna 2024, los riesgos asociados y sus controles.

La auditoría se realiza acorde con las Nuevas Normas Globales de Auditoria Interna, NOGAI 2024, emitidas por el Instituto Internacional de Auditores Internos.


1.4. Limitaciones:

El costo del desplazamiento a las Unidades Hospitalarias visitadas se asumió por parte del Auditor.

Por dificultades de agenda y solicitud de la Directora de la UPSS Nuevo Occidente se cancela la visita a dicha unidad.

1.5. Instrumentos aplicados:

- PV01 FR 23 PAPELES TRABAJO 2025
- PE02 FR 437 REGISTRO DE ASISTENCIA A REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN
- PV01 FR 15 MATRIZ EVALUACION CONTROLES PAMEC 2025
- PAPEL DE TRABAJO AUDITORÍA DOCUMENTO EXTERNO AUDITOOL.ORG
- PE02 FR 436 FICHA TÉCNICA PARA REUNIONES

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	3 de 30		

1.6. Muestra:

Selección del 60% de las UPSS (6/10) de acuerdo con su desempeño en la en las responsabilidades de implementación del PAMEC asignadas por la Empresa.

1.7. Contexto (Opcional): información relevante o estratégica de la unidad auditable.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud PAMEC de la ESE Metrosalud es liderado por la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.

El PAMEC Institucional cumple con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud como componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

La implementación del programa hace parte del Plan de Desarrollo Institucional:

Objetivo Estratégico: fortalezca la gestión institucional y la calidad en la prestación de los servicios.

META ESTRATÉGICA: Consolidar un sistema de gestión organizacional

RUTA ESTRATEGIA: Gobierno corporativo y claridad organizacional

INICIATIVA ESTRATÉGICA: Fortalecimiento del sistema de gestión

METAS DE LA INICIATIVA ESTRATÉGICA

1. Alcanzar para el 2025 un mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con un resultado en la autoevaluación mayor o igual que 3.

2. Mantener una variación positiva en el índice de desempeño institucional entre 2021 y 2025.

3. Alcanzar una efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud mayor o igual al 90% a partir del 2022

PROYECTOS

Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud.


ACTIVIDADES

1. Realizar autoevaluación con base en los estándares de Acreditación, definidos en la Resolución 5095 de 2018 o en la norma que la modifique.

Productos: Informe con resultado de la autoevaluación de acreditación

Indicador: Calificación autoevaluación estándares acreditación - Meta: 2.9

2. Realizar seguimiento a la implementación del plan de acción PAMEC

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	4 de 30		

Producto: Informe de seguimiento a plan de acción PAMEC

Indicador: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud Meta: >90%

El objetivo y el alcance de la auditoría se basa en los instrumentos que muestran la evolución de la mejora como son:

- La autoevaluación de los estándares de acreditación en cada ciclo,
- Los resultados de los indicadores de la calidad esperada definidos para el ciclo 2024-2025 comparados con los resultados del ciclo 2022-2023, I
- La formulación del plan de acción y sus seguimientos con corte al 31 de diciembre de 2023 y los avances del 2025 con corte al 30 de abril.
- La validación de la implementación de las responsabilidades asignadas a las UPSS de la ESE Metrosalud relacionadas con el PAMEC por medio de entrevistas con los directores y su equipo técnico en las sedes seleccionadas identificando el grado de cumplimiento de las responsabilidades y la identificación de limitaciones o dificultades para su realización.

El alcance no incluye la revisión de cada una de las etapas de la ruta Crítica.


Se revisan los criterios aplicables tanto legales como reglamentarios relacionados con el PAMEC en una empresa social del estado.

Se revisa el mapa de riesgo del proceso Desarrollo del Sistema de Gestión, al cual está vinculado el PAMEC, identificando el riesgo que está más relacionado con el programa.

Se realiza evaluación de los controles de dicho riesgo con la validación del Líder del Programa.

En el informe se incluyen aspectos relevantes identificados por el auditor, que, aunque no evidencian objetivamente un hallazgo de incumplimiento, hacen referencia a situaciones a las cuales los responsables deben tomar acciones porque si se mantienen en el tiempo pueden afectar el cumplimiento de los criterios de calidad esperada en los procesos y servicios.

Tanto los hallazgos como los aspectos relevantes se describen en orden de prioridad y relevancia.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	5 de 30		

2. Resultados de la evaluación:

2.1. Fortalezas:

1. La continuidad en la formulación del PAMEC en cada ciclo desde el año 2012 con ciclos bienales, con la participación de servidores relacionados con los estándares de acreditación evaluados.

2.2. Riesgos de la unidad auditable:


De acuerdo con el mapa de riesgos del proceso Desarrollo del sistema de Gestión se identifica un riesgo afín con los propósitos del PAMEC sin ser específico para él.

El mapa de riesgos revisado no se actualiza desde el año 2023,

De acuerdo con el análisis realizado por el auditor usando el instrumento PAPEL DE TRABAJO AUDITORÍA DOCUMENTO EXTERNO AUDITOOL.ORG. se identifica el riesgo inherente en un nivel alto al igual que en el mapa de riesgos institucional. Ver tabla 1.

Tabla 1. Evaluación del riesgo inherente instrumento PAPEL DE TRABAJO AUDITORÍA DOCUMENTO EXTERNO AUDITOOL.ORG.


Riesgo Clave	Control a probar	Calificación del riesgo inherente
Posibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales) Por implementar sistemas de gestión que no aporten al mejoramiento o al cumplimiento de los objetivos institucionales - Debido a deficiencias en la estandarización y adherencia de procesos, procedimientos y actividades - Falta de evaluación a los procesos y procedimientos	1. Verificar que los documentos se hayan divulgado al interior de su unidad administrativa. (Cada vez que sea formalizado un documento). En caso de que no se haya cubierto todo el personal de su unidad administrativa, identifique y despliegue nuevamente a los servidores pendientes.	Alto
	2. Revisar resultados de la evaluación de sistema con el correspondiente plan de mejora y proponer	

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	6 de 30		

Riesgo Clave	Control a probar	Calificación del riesgo inherente
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de cumplimiento en las acciones de mejora definidas - Deficiencias en el análisis sistemático de los resultados de los indicadores de procesos - Deficiencias en la apropiación de la metodología de mejoramiento - No adherencia a la normatividad que regula el sistema - Deficiencias en el entrenamiento y capacitación de los líderes de cada sistema - Falta de asignación de recursos económicos, para la implementación de los subsistemas 	<p>estrategias para fortalecer cada componente</p>	
	<p>3. Realizar seguimiento al plan de mejora o intervención presentado y remitir el informe trimestral de seguimiento al responsable de la auditoría</p>	
	<p>4. Verificar la consistencia entre las políticas, los objetivos corporativos y las métricas asociadas a estas (Cada vez que sean revisados estos). En caso de no encontrar consistencia devolver al comité para corregirlas.</p>	
	<p>5. Verificar que la autoevaluación se realice en correspondencia con los estándares normativos. (Cada vez que se realice una autoevaluación o su ajuste). En caso de encontrarse diferencias solicitar al líder del proceso o líder del sistema su corrección</p>	

Fuente: PAPEL DE TRABAJO AUDITORÍA DOCUMENTO EXTERNO AUDITOOL.ORG.

Al aplicar la evaluación del riesgo frente a la probabilidad e impacto según la información recopilada la calificación del riesgo residual pasa a extremo. Ver tabla 2.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	7 de 30		

La evaluación de los controles en el mismo instrumento y los resultados encontrados durante la auditoria clasifican los controles como inefectivos para mitigar el riesgo, pasando a un nivel de riesgo residual extremo a diferencia del mapa de riesgos institucional que lo clasifica en nivel de riesgo residual moderado (fuente mapa de riesgos del proceso Desarrollo Sistema de Gestión). Ver tabla 3


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	8 de 30		

Tabla 2 Evaluación del riesgo para identificar nivel de riesgo residual. instrumento PAPEL DE TRABAJO AUDITORÍA DOCUMENTO EXTERNO AUDITOOL.ORG.

Riesgo	Probabilidad	Impacto	Nivel de riesgo residual
<p>Posibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales)</p> <p>Por implementar sistemas de gestión que no aporten al mejoramiento o al cumplimiento de los objetivos institucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debido a deficiencias en la estandarización y adherencia de procesos, procedimientos y actividades - Falta de evaluación a los procesos y procedimientos - Falta de cumplimiento en las acciones de mejora definidas - Deficiencias en el análisis sistemático de los resultados de los indicadores de procesos - Deficiencias en la apropiación de la metodología de mejoramiento - No adherencia a la normatividad que regula el sistema - Deficiencias en el entrenamiento y capacitación de los líderes de cada sistema - Falta de asignación de recursos económicos, para la implementación de los subsistemas 	Frecuente	Mayor	Extremo


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	9 de 30		

Tabla 3. Evaluación de controles instrumento PAPEL DE TRABAJO AUDITORÍA DOCUMENTO EXTERNO AUDITOOL.ORG.

CALIFICACIÓN DEL CONTROL								
Control a evaluar	Naturaleza del control	Clase de control	Frecuencia	Documentado	Responsable	Observaciones	Mitiga el riesgo	Calificación del control
Verificar que los documentos se hayan divulgado al interior de su unidad administrativa. (Cada vez que sea formalizado un documento). En caso de que no se haya cubierto todo el personal de su unidad administrativa, identifique y despliegue nuevamente a los servidores pendientes.	Preventivo	Manual	Por evento	SI	Profesional Especializado (Desarrollo Organizacional)		NO	Inefectivo
Revisar resultados de la evaluación de sistema con el correspondiente plan de mejora y proponer estrategias para fortalecer cada componente	Preventivo	Manual	Anual	SI	Profesional Especializado (Todos Planeación)		NO	Inefectivo
Realizar seguimiento al plan de mejora o intervención presentado y remitir el informe trimestral de seguimiento al responsable de la auditoría	Correctivo	Manual	Trimestral	SI	Profesional Especializado (Todos Planeación)		NO	Inefectivo
Verificar la consistencia entre las políticas, los objetivos corporativos y las métricas asociadas a estas (Cada vez que sean revisados estos). En caso de no encontrar consistencia devolver al comité para corregirlas.	Preventivo	Manual	Por evento	SI	Profesional Especializado (Planeación), Profesional Especializado (Control Interno), Profesional Universitario (Evaluación Concurrente)		NO	Inefectivo
Verificar que la autoevaluación se realice en correspondencia con los estándares normativos. (Cada vez que se realice una autoevaluación o su ajuste). En caso de encontrarse diferencias solicitar al líder del proceso o líder del sistema su corrección	Preventivo	Manual	Anual	SI	Profesional Especializado (Planeación), Profesional Especializado (Control Interno), Profesional Universitario (Evaluación Concurrente)		NO	Inefectivo


La evaluación de controles realizada con la PV01 FR 15 MATRIZ EVALUACIÓN CONTROLES PAMEC 2025 institucional se valida con el Líder del programa la cual difiere en parte con el resultado del instrumento PAPEL DE TRABAJO AUDITORÍA DOCUMENTO EXTERNO AUDITOOL.ORG referenciado anteriormente.

Teniendo en cuenta que los criterios de la matriz tienen mayor nivel de desagregación se considera que la comparación es válida en la medida que ninguno de los controles presenta un nivel alto de eficiencia y requieren se tomen acciones para cualificarlos. En la tabla 5 se muestran los resultados consolidados.

Se ratifica por el auditor de acuerdo con esta información que los controles no alcanzan el nivel de eficacia requerida para mitigar el riesgo evaluado.


La evaluación de los controles se evidencia:

- Ninguno de los controles definidos son preventivos, los cuales son más eficientes en mitigar los riesgos.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	10 de 30		

- Un 80% (4 /5) de los controles presenta un nivel de eficiencia media con un promedio de calificación del 75% /100, según las indicaciones del instrumento a estos controles se debe revisar y ajustar el diseño o la implementación.
- El 20% (1 /5) de los controles presenta una eficiencia baja, con una calificación de 52%, el instrumento sugiere que el control presenta deficiencias en su diseño y se deben definir acciones de mejora. Ver tabla 6.
- El promedio de la calificación de los cinco controles es del 70% catalogándolo en una eficiencia media, igualmente se deben tomar acciones para su rediseño y su implementación. Ver tabla 6.

Tabla 5. Evaluación consolidada de los controles del riesgo.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	11 de 30		

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	VALOR TOTAL	CALIFICACIÓN DE LA EFICIENCIA DEL CONTROL
<p>Possibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales)</p> <p>Por implementar sistemas de gestión que no aporten al mejoramiento o al cumplimiento de los objetivos institucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debido a deficiencias en la estandarización y adherencia de procesos, procedimientos y actividades - Falta de evaluación a los procesos y procedimientos - Falta de cumplimiento en las acciones de mejora definidas - Deficiencias en el análisis sistemático de los resultados de los indicadores de procesos - Deficiencias en la apropiación de la metodología de mejoramiento - No adherencia a la normatividad que regula el sistema - Deficiencias en el entrenamiento y capacitación de los líderes de cada sistema - Falta de asignación de recursos económicos, para la implementación de los subsistemas 	<p>Verificar que los documentos se hayan divulgado al interior de su unidad administrativa. (Cada vez que sea formalizado un documento). En caso de que no se haya cubierto todo el personal de su unidad administrativa, identifique y despliegue nuevamente a los servidores pendientes.</p>	11,00	52%
	<p>Revisar resultados de la evaluación de sistema con el correspondiente plan de mejora y proponer estrategias para fortalecer cada componente</p>	16,00	76%
	<p>Realizar seguimiento al plan de mejora o intervención presentado y remitir el informe trimestral de seguimiento al responsable de la auditoría</p>	15,00	71%
	<p>Verificar la consistencia entre las políticas, los objetivos corporativos y las métricas asociadas a estas (Cada vez que sean revisados estos). En caso de no encontrar consistencia devolver al comité para corregirlas.</p>	16,00	76%
	<p>Verificar que la autoevaluación se realice en correspondencia con los estándares normativos. (Cada vez que se realice una autoevaluación o su ajuste). En caso de encontrarse diferencias solicitar al líder del proceso o líder del sistema su corrección</p>	16,00	76%

Fuente: PV01 FR 15 MATRIZ EVALUACIÓN CONTROLES PAMEC 2025.






Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	12 de 30		

Tabla 6. Evaluación consolidada eficiencia de controles al riesgo "Posibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales)" 2025.

CALIFICACIÓN DE LA EFICIENCIA DEL CONTROL	RANGO DE EFICIENCIA	COLOR	DESCRIPCIÓN	N°	Promedio %
ALTA	>=80%		El control presenta un diseño eficiente.	0	0%
MEDIA	Entre el 60% y el 79%		El control presenta un buen diseño susceptible de ser mejorado.	4	75%
BAJA	<=59%		El control presenta deficiencias en su diseño, definir acciones de mejora.	1	52%
TOTAL			El control presenta un buen diseño susceptible de ser mejorado.	5	70%

Fuente: MATRIZ DE EVALUACIÓN DE CONTROLES UNIDAD AUDITABLE

El plan de intervención definido por el proceso en el año 2022 ha tenido seguimientos registrados en el Aplicativo Almera. Las acciones definidas tienen fecha de terminación entre noviembre de 2022 y diciembre de 2024, como se ve en la tabla 4.


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	13 de 30		

Tabla 4. Plan de intervención del riesgo de proceso Desarrollo Sistema de Gestión


Plan de acción definido por la administración		
Descripción	Responsable	Fecha implementación
Revisar y ajustar los procedimientos	Profesional Especializado (Desarrollo Organizacional)	30/09/2022
Definir y formalizar la metodología para autoevaluar la aplicación de los controles establecidos en los procedimientos	Profesional Especializado (Todos Planeación)	30/11/2022
Definir, implementar y realizar seguimiento a la estrategia de despliegue de documentos	Profesional Especializado (Todos Planeación)	30/03/2023 30/06/2023 30/09/2023 30/12/2023
Formular y validar plan de mejora por cada evaluación realizada	Profesional Especializado (Planeación), Profesional Especializado (Control Interno), Profesional	30/03/2023 30/06/2023 30/09/2023 30/12/2024

Fuente: Transcripción literal del mapa de riesgos institucional

El plan de intervención de los riesgos del proceso Desarrollo del Sistema de Gestión tiene definidas tres acciones de mejora como se ve en la tabla 5.

Tabla 5. Acciones del plan de intervención de riesgos proceso Desarrollo del Sistema de Gestión.

Actividad	Fin	Seguimiento	
PE02 01. Revisar y ajustar los procedimientos	2023-06-30	100%	-448

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	14 de 30		

PE02 02. Definir y formalizar la metodología para auto evaluar la aplicación de los controles establecidos en los procedimientos.	2023-03-31	100%	+85
PE02 03. Definir, implementar y realizar seguimiento a la estrategia de despliegue de documentos	2023-12-28	100%	-347

El nivel de cumplimiento del plan registrado es de 100%.

La actividad 1 tiene como último seguimiento en septiembre de 2024, donde se expresa que se suspende la actividad por no ser prioridad institucional como se muestra en la imagen. El seguimiento anterior era del 14 agosto 2023.

Viernes, 20 septiembre 2024 /

Debido a que la prioridad institucional no es la actualización de los procedimientos se da por terminada y cerrada la actividad. Verificar resultados y directrices dadas para el plan de desarrollo institucional y el plan de acción de la vigencia.

 [Reporte Documentos 20240919 103951.xlsx](#)

La segunda actividad se registra como terminada con seguimiento en diciembre del año 2022.

Avance	
---------------	--

Viernes, 30 diciembre 2022)


Se termina la documentación de la metodología para aplicar la verificación de los puntos de control

100%

 [FR REGISTRO PUNTOS DE CONTROL.xls](#)

 [ME Puntos de control.docx](#)

Los documentos referenciados solo se encuentran al formato PE02 FR 319 ANÁLISIS DE POSIBLES FALLAS DE LOS PROCEDIMIENTOS, la metodología no se encuentra en el aplicativo Almera. No se adjuntan evidencias de la formalización para la implementación.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	15 de 30		

La tercera actividad reporta cumplimiento del 100%. Se registran 4 seguimientos durante el año 2024, como evidencia se adjuntan dos boletines de avances enviados a los correos institucionales. No se adjuntan evidencias de implementación y seguimiento a la estrategia de despliegue.

Avance	
---------------	--

Lunes, 09 diciembre 2024

100% Se realiza despliegue de documentos correspondiente al bimestre octubre - noviembre de 2024

 [Boletín Avances No.60.pdf](#)

5.1.1. Otros Riesgos identificados:


Posibilidad de afectación reputacional y/o económica por deterioro de los atributos de calidad definidos para la prestación de los servicios de salud de la ESE Metrosalud, según las metas del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud PAMEC.

Debido:

- Fragmentación en la gestión del riesgo y su articulación con el PAMEC limitando la capacidad de prevenir eventos adversos y mejora institucional
- Deficiencia en el análisis y toma de acciones a las desviaciones de las metas de calidad esperada
- Baja adherencia a la ruta crítica del PAMEC por los responsables del plan de mejora
- El incumplimiento de los estándares puede deteriorar la imagen pública de la entidad.
- Demora en la intervención de aspectos críticos en los procesos organizacionales

5.2. Hallazgos

1. Gestión del Riesgo Evaluado.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	16 de 30		

Condición:

El mapa de riesgos del proceso no se encuentra actualizado para el ciclo 2024- 2025 de la gestión de riesgos, según la periodicidad establecida en el PE02 MA 429 MANUAL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS. En el aparte "establecer el contexto para la gestión de riesgos" establece que los riesgos deben ser revisados y ajustados cada dos años con los ciclos de gestión o en el momento que se requiera si las condiciones normativas u organizacionales así lo exijan. Adicional establece que para elementos que no se constituyan como procesos se analizan en el proceso responsable de su gestión.

El riesgo "Posibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales) Por implementar sistemas de gestión que no aporten al mejoramiento o al cumplimiento de los objetivos institucionales" del proceso Desarrollo del Sistema de Gestión se vincula al programa de auditoria para mejoramiento de la calidad en salud PAMEC durante el proceso de la auditoria producto del análisis del planteamiento estratégico y del plan de desarrollo 2021-2025.

El mapa de riesgos del proceso "Desarrollo Del Sistema De Gestión" no se actualiza desde el año 2023, ni en la plantilla en Excel ni en el aplicativo Almera.

El plan de intervención registrado en Almera fue formulado en agosto de 2021 según consta en el grupo de trabajo de riesgos alojado en el aplicativo Almera para los tres riesgos del proceso.


El plan de intervención consta de tres actividades programadas hasta el 31 diciembre de 2023. Aunque reportan seguimientos en la primera actividad durante el año 2024.

Las tres actividades 1. PE02 01. Revisar y ajustar los procedimientos, 2. PE02 02. Definir y formalizar la metodología para auto evaluar la aplicación de los controles establecidos en los procedimientos y 3. PE02 03. Definir, implementar y realizar seguimiento a la estrategia de despliegue de documentos, se encuentran asociadas al riesgo que se evalúa no cuentan con evidencia de su efectividad en la mitigación del riesgo.

Los controles asociados según la evaluación realizada presentan un nivel moderado de eficiencia según la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE CONTROLES UNIDAD AUDITABLE y como inefectivos para mitigar el riesgo en el instrumento aplicado PAPEL DE TRABAJO AUDITORÍA DOCUMENTO EXTERNO AUDITOOL.ORG.

Criterio

Se incumple lo dispuesto en el Manual PE02 MA 429 MANUAL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS, Numeral 8.3 Monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión de riesgos,

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	17 de 30		

que establece el seguimiento al plan de intervención con reportes en la evaluación del plan de acción según la periodicidad definida para ello. No es específico el criterio de los seguimientos al plan de intervención de riesgos.

Se incumple con la PE02 ME 435 Metodología Mejoramiento Continuo 2025. La cual establece que el seguimiento a los planes de mejora, incluidos los planes de tratamiento de riesgos se les debe hacer seguimiento mensual, en casos especiales no debe sobrepasar los dos meses.

Causa

Desde el mes de abril de 2024 no se cuenta en propiedad con un responsable de la gestión del riesgo de la oficina de planeación, que lidere las acciones de segunda línea en la gestión de riesgos como el acompañamiento y asesoría técnica para la identificación, evaluación y valoración de los riesgos y controles.

Baja apropiación del conocimiento sobre de la gestión del riesgo de la primera línea, lo cual no favorece el autocontrol y la autogestión de los riesgos asociados a cada uno de los procesos.

Impacto

Probable materialización de los riesgos que a su vez no se gestionan

Deterioro de la credibilidad de la empresa por las partes interesadas

Sobrecostos importantes para la entidad.


Insatisfacción del usuario de los servicios, reflejado en tutelas y demandas.

Servidores sancionados disciplinaria, fiscal y penalmente por materialización de riesgos, especialmente de seguridad del paciente.

2. Cumplimiento Indicadores de la calidad esperada

Condición

La medición de los indicadores de la calidad esperada tanto a nivel global de la ESE Metrosalud como en las 10 UPSS presenta un bajo nivel de cumplimiento de las metas según los resultados reportados en el aplicativo Almera.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	18 de 30		

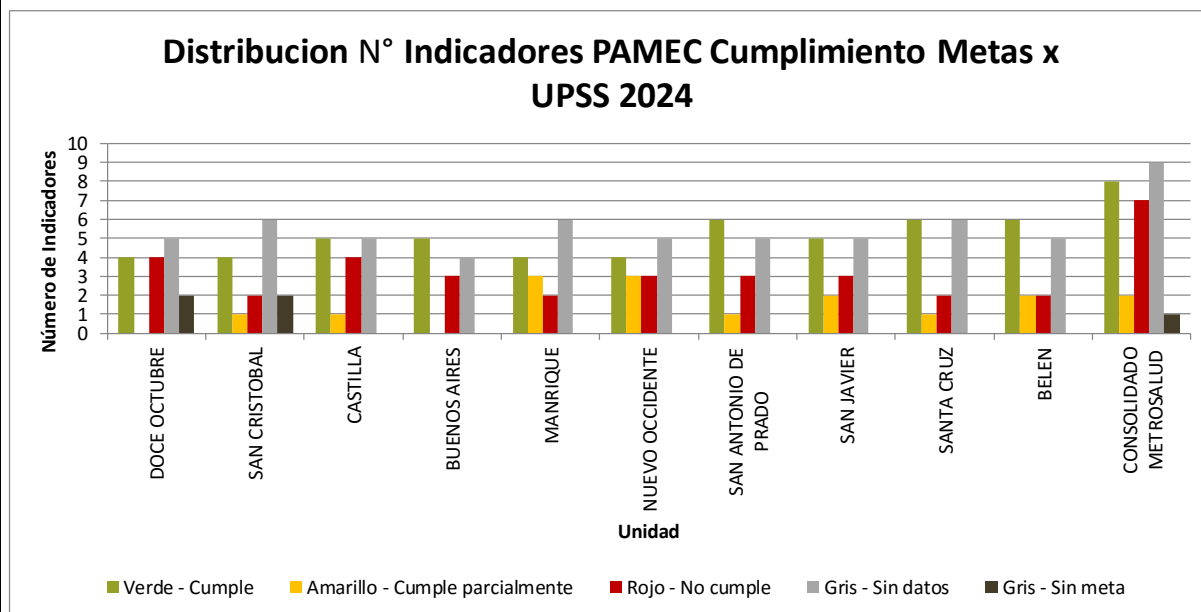
El promedio de incumplimiento global de las metas o de no registro de las mediciones de los indicadores es del 63%.


El 395 de los indicadores cumple las metas de la calidad esperada.

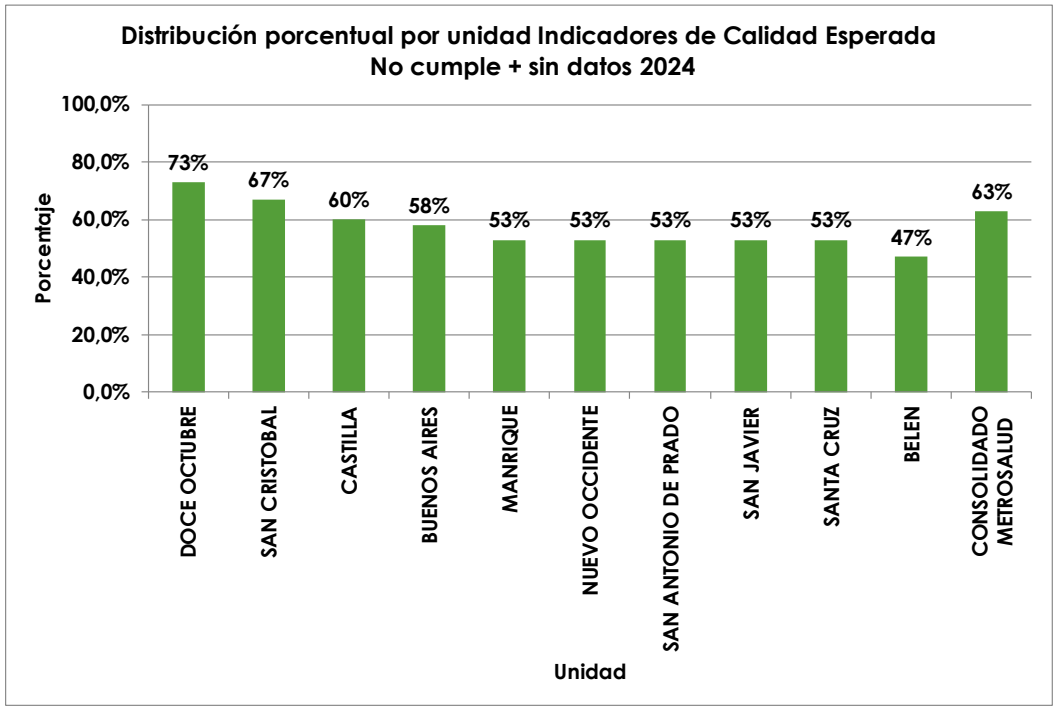
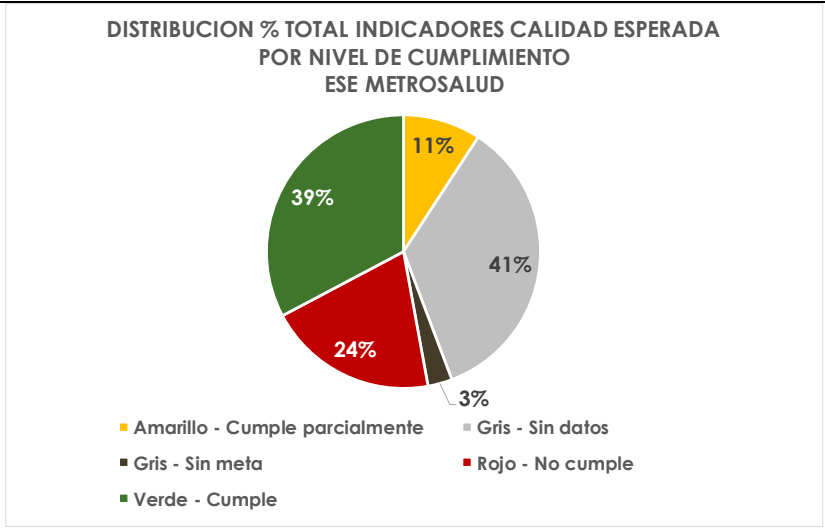
El 41% de los indicadores no presentan registros de los datos y un 3% no tienen definidas metas.

El 27% (4 / 15) de los indicadores asignados a las UPSS que no registran mediciones ni datos son medidos a nivel central, sea en sistemas por los estadísticos o por los profesionales responsables de la evaluación de la adherencia a guías o protocolos, afectando estos resultados y el análisis y tomas de acciones en las UPSS.

	Total indicadores	Cumple parcialmente	Sin datos	Sin meta	No cumple	Cumple	% No cumple + sin datos
% TOTAL POR NIVEL DE	27	11%	41%	3%	24%	39%	63%




Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	19 de 30		



Fuente de los datos tableros de indicadores PAMEC 2024-2025 aplicativo Almera

El nivel de incumplimiento en la medición y/o cumplimiento de metas de los indicadores de calidad esperada por las UPSS va desde el 73% hasta en 47% como se observa en la gráfica.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	20 de 30		

Criterio

Iniciativa estratégica del plan de desarrollo institucional 2021-2025: Fortalecimiento del sistema de gestión Metas de la iniciativa estratégica:

1. Alcanzar para el 2025 un mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con un resultado en la autoevaluación mayor o igual que 3.
2. Mantener una variación positiva en el índice de desempeño institucional entre 2021 y 2025.
3. Alcanzar una efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud mayor o igual al 90% a partir del 2022.

Documento del PAMEC 2024-2025 donde se establecen los indicadores de calidad esperada en la etapa de evaluación de los mejoramientos como uno de sus mecanismos la medición de los indicadores de calidad esperada por parte de los líderes de los procesos y grupos de mejoramiento.

Causa

Desarticulación entre las actividades del nivel central y las diferentes dependencias que no identifican en el día a día la implementación de los estándares del sistema único de acreditación.

Dependencia para la medición en 4 de 15 indicadores asignados a las UPSS, por el nivel central (estadísticos, auditores y líderes de programas).


Débil apropiación del modelo de mejoramiento por parte de la primera línea de los procesos responsables según la priorización.

Las acciones del plan de mejora del PAMEC son asignadas a los directores de UPSS y a los líderes de programas, los gestores de proceso especialmente de los misionales no tienen responsabilidades de apoyo o seguimiento como responsables de estos procesos favoreciendo que las acciones de mejora sean implementadas a criterio de cada UPSS afectando la integralidad de la red.

Cultura reactiva de los servidores frente al mejoramiento continuo, dando prioridad a la urgencia del día a día.

Impacto

Desmejora de los procesos al no hacer análisis a profundidad de los resultados adversos lo cual los perpetúa.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	21 de 30		

Insatisfacción de los usuarios por débil cumplimiento de sus necesidades y expectativas frente a los criterios de calidad de los servicios.

5.3. Aspectos Relevantes

1. Evolución del Mejoramiento de la Calidad

Condición

La calificación cuantitativa de la Autoevaluación de los estándares de acreditación sobre los que se construye el PAMEC, entre los años 2016 a 2023 presenta una tendencia negativa.


El indicador "mejoramiento continuo de la calidad" durante los mismos años no logra el cumplimiento de la meta $\geq 1,2$ como se observa en la tabla. El resultado más bajo se presenta en el año 2023 con 0,86.

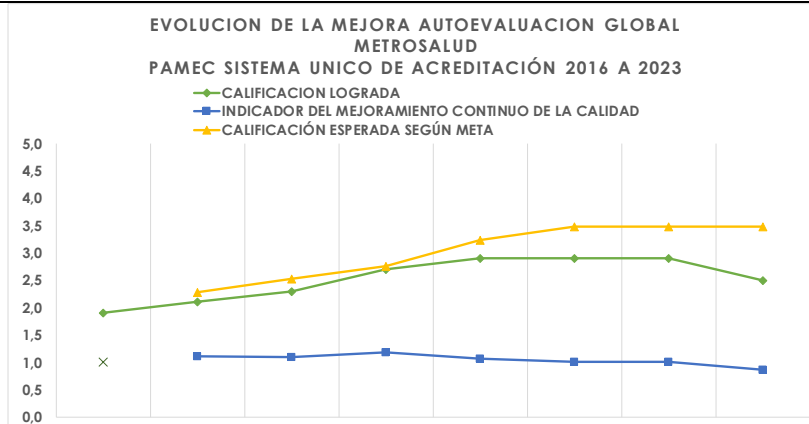
Se incluye una proyección del mejoramiento en la calificación de la autoevaluación cuantitativa, si se cumpliera con la meta propuesta en los mismos años, revela que para el 2023 se esperaría tener una calificación en la autoevaluación cuantitativa de 3,5 lo cual permitiría cumplir con la meta propuesta para el 2025 de obtener una calificación de 3.0 /5.0.

Evolución del mejoramiento de la calidad según autoevaluación cuantitativa 2016 2023.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CALIFICACION LOGRADA	1,9	2,1	2,3	2,7	2,9	2,9	2,9	2,5
INDICADOR DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		1,11	1,10	1,17	1,06	1,01	1,01	0,86
CALIFICACIÓN ESPERADA SEGÚN META		2,3	2,5	2,8	3,2	3,5	3,5	3,5

Fuente: Datos Documento Resultado autoevaluaci_n_de_acreditaci_n 2023_mayo2024 Carpeta compartida del PAMEC. Tabla y gráfica construcción del auditor

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	22 de 30		



Fuente: Datos Documento Resultado autoevaluaci_n_de_acreditaci_n 2023_mayo2024 Carpeta compartida del PAMEC. Tabla y grafica construcción del auditor

Criterio

Iniciativa estratégica del plan de desarrollo institucional 2021-2025: Fortalecimiento del sistema de gestión.


Metas de la iniciativa estratégica:

1. Alcanzar para el 2025 un mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con un resultado en la autoevaluación mayor o igual que 3.
2. Mantener una variación positiva en el índice de desempeño institucional entre 2021 y 2025.
3. Alcanzar una efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud mayor o igual al 90% a partir del 2022.

Cumplimiento del Indicador mejoramiento continuo de la calidad RESOLUCIÓN 408 DE 2018 (febrero 15 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones. Anexo 2: Indicador del mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Formula promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada /promedio de calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior.

Estándar > o = 1,2

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	23 de 30		

Concepto del Ministerio de Salud sobre el indicador “Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior”. En este caso, el indicador está definido como “Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior” la meta definida por la Resolución 408 de 2018 es “>= 1,2”.

Causa

Débil apropiación del conocimiento, interpretación e implementación de los lineamientos para la implementación del PAMEC por parte de los procesos responsables.

No asignación de recursos de tiempo, talento humano, financiero y tecnológicos para la implementación de los estándares de acreditación.

Impacto

Deterioro de la calidad de los servicios y procesos de la entidad

Insatisfacción de los usuarios con los atributos de calidad de los servicios de salud.


Incremento de los riesgos en salud.

2. Plan de mejora de Acreditación

Condición

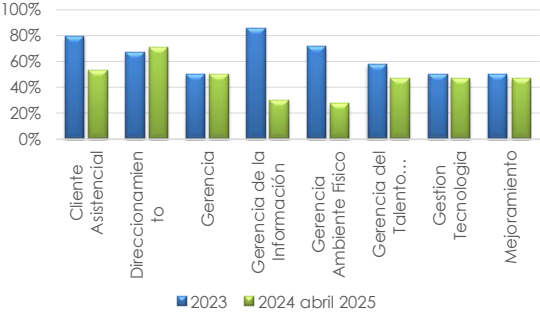
Los planes de mejora del ciclo 2022 – 2023 y del ciclo 2024-2025 presentan bajos niveles de ejecución y cumplimiento, a pesar de que se les realizan seguimientos cada tres meses por el líder del programa, no se evidencia apropiación de las acciones formuladas por parte de los responsables.

En el ciclo 2022-2023 el cumplimiento de las acciones fue del 70%. En lo corrido del ciclo 2024-2025 en cumplimiento es del 54,6%.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	24 de 30		

ESTANDAR	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA 2023 2024	
	2023	2024 abril 2025
Cliente Asistencial	79,1%	52,93%
Direccionamiento	66,7%	71,1%
Gerencia	50,0%	50,0%
Gerencia de la Información	85,7%	30,0%
Gerencia Ambiente Físico	71,4%	27,5%
Gerencia del Talento Humano	57,1%	46,7%
Gestion Tecnologia	50,0%	46,7%
Mejoramiento	50,0%	46,7%
PLAN TOTAL	77,0%	54,6%

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA 2023 2024




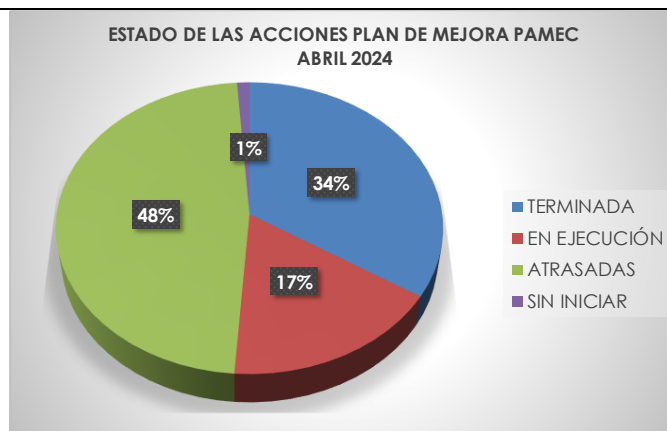
ESTANDAR	2023 (%)	2024 abril 2025 (%)
Cliente Asistencial	79,1%	52,93%
Direccionamiento	66,7%	71,1%
Gerencia	50,0%	50,0%
Gerencia de la Información	85,7%	30,0%
Gerencia Ambiente Físico	71,4%	27,5%
Gerencia del Talento Humano	57,1%	46,7%
Gestion Tecnologia	50,0%	46,7%
Mejoramiento	50,0%	46,7%

Fuente: Documento Acciones_20250616_013139 PM ACREDITACIÓN ABRIL 2025/carpeta compartida PAMEC 2024-2025 (6toCiclo)

El estado de las acciones formuladas en el plan de acción del PAMEC según el último seguimiento en el mes de abril 2025 muestra que el 48% están atrasadas, lo que significa que no se ejecutaron en el tiempo programado; el 34% se encuentran terminadas.

ESTANDARES	ESTADO DE LAS ACCIONES PLAN DE MEJORA ABRIL 2024				TOTAL X ESTANDAR
	TERMINADA	EN EJECUCIÓN	ATRASADAS	SIN INICIAR	
Cliente Asistencial	24	12	32	1	69
Direccionamiento	6	1	0	0	7
Gerencia	0	0	1	0	1
Gerencia de la Información	0	0	1	0	1
Gerencia Ambiente Físico	0	0	1	0	1
Gerencia del Talento Humano	0	1	5	0	6
Gestion Tecnologia	0	1	1	0	2
Mejoramiento	0	0	1	0	1
PLAN TOTAL	30	15	42	1	88
PORCENTAJE	34%	17%	48%	1%	100%

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	25 de 30		



Fuente Informe final (2024-09-02) — Autoevaluación de Acreditación 2023

Criterio

PE02 ME 435 METODOLOGIA MEJORAMIENTO CONTINUO documento que establece los lineamientos para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de mejora en la ESE Metsosalud.

Causa

Debilidades en la competencia de los responsables de la implementación de las acciones de mejora relacionadas con la redacción de las oportunidades de mejora, el análisis de las causas raíz, la toma de acciones adecuadas a las causas identificadas y el seguimiento periódico a las mismas.

No asignación de espacios laborales, recursos de talento humano y físicos a los responsables para la ejecución de los planes.


Baja apropiación de actitudes de autocontrol y autogestión de los procesos para la implantación de las acciones que demuestre su efectividad en los procedimientos organizacionales

Baja apropiación de las conductas y responsabilidades frente al mejoramiento continuo, la gestión de riesgos y la implementación de controles.

Impacto

Deterioro de los atributos de calidad en los servicios y procesos organizacionales

Incremento de fallas y errores en la prestación de los servicios y ejecución de los procesos.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	26 de 30		

Insatisfacción de los usuarios y demás partes interesadas por la calidad de los servicios recibidos.

3. Validación de la Implementación PAMEC en las UPSS

Objetivo:

Validar la implementación del PAMEC en las UPSS de Metrosalud frente las responsabilidades asignadas, actividades realizadas y la identificación de limitaciones para las mismas en el plan de acción del ciclo 2024-2025.

Se realizan visitas a los directores y su equipo técnico en las UPSS de: Belén, Castilla, Buenos Aires, Doce de Octubre y San Cristóbal. Por limitaciones de agenda de la directora y el tiempo del alcance de la auditoría se cancela la visita a la UPSS Nuevo Occidente.

Condición:

En general se aprecia en el personal de las UPSS un conocimiento básico del PAMEC, producto de los despliegues realizados por el líder del programa y los mismos servidores de las UPSS.

Las acciones responsabilidad de las UPSS se enfocan en la medición y análisis de los indicadores y las tareas del plan de acción, se realizan algunas acciones de socialización del PAMEC, pero son esporádicas sin evidencia objetiva de la apropiación del conocimiento por parte de los servidores


Los Indicadores de calidad esperada asignados a las UPSS, se identifica un promedio global de cumplimiento de metas del 39% en las 10 UPSS.

En promedio el 63% de los indicadores no cumplen metas o no tienen mediciones en los periodos analizados 2023 y 2024.

El nivel de incumplimiento va desde el 73% al 47%. En las UPSS de la organización.

Se identifican como posibles causas:

- la operación del día a día limita el tiempo para la gestión de los indicadores,
- Algunos indicadores son registrados a nivel central presentando inoportunidad del registro para su análisis y toma de acciones,
- limitaciones de comunicación con los responsables en el nivel central que apoyan con los datos.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	27 de 30		

- Algunos resultados se ven afectados por la poca apropiación de los servidores contratados por tercerización en el cumplimiento de los protocolos.
- Se identifican variaciones en los datos dependiendo de la fuente utilizada (cubos /Almera).
- Desarticulación en las responsabilidades del registro, análisis y evaluación de los indicadores.
- El tablero de indicadores de calidad esperada presenta ausencia de la medición y análisis de los indicadores de: adherencia al proceso de atención en laboratorio, adherencia estricta a la guía de AIEPI, adherencia estricta a la ruta de atención integral para la infancia, adherencia estricta en la guía de atención para la primera infancia, proporción de planes de atención de enfermería.

En las fichas de los indicadores evidencia debilidad en el análisis de causas y la toma de acciones correctivas.

Revisión de dos actas del comité técnico de cada UPSS visitadas para verificar el análisis de los indicadores del PAMEC en la reunión:

Se constata la revisión de los datos, el análisis se limita a relatar el resultado, no se hace análisis de causas adecuadas y las acciones son generalmente correcciones o intenciones debido a que la responsabilidad de las decisiones se encuentra en el nivel central. No se identifican los responsables ni el tiempo de ejecución de las acciones tomadas para evidenciar la mejora. Tampoco si se comunican estas acciones al nivel central.

En algunas actas de las revisadas se hace revisión de los resultados de los indicadores, pero no se especifican que sean del PAMEC.


No se diferencia en algunas sedes la auditoria interna de la externa realizada por la secretaria distrital de salud

5. Seguimiento al cumplimiento del plan de acción del PAMEC

El plan de acción: se realiza seguimiento a las acciones asignadas, pero, no se tiene un conocimiento global del mismo.

En las actas del comité técnico no se hace referencia al avance en el cumplimiento del plan de acción del PAMEC, se asume como responsabilidad de la oficina de planeación quien publica los resultados en la carpeta compartida.

El seguimiento al PAMEC se realiza reactivamente al momento de las auditorias, no es una actividad sistemática y programada.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	28 de 30		

6. Exposición de los asistentes a las reuniones

Se identifican como limitantes y brechas en la implementación:

- Reducción de personal administrativo afecta la implementación de los controles
- Los estándares priorizados asociados a los procesos no tienen participación por parte de los profesionales gestores de los procesos misionales que los lideran, incluidos también los administrativos.
- -El déficit de personal en las UPSS limita la asignación de tiempos para la implementación de las acciones de mejora.
- Deficiencias en el acompañamiento por parte del nivel central, especialmente con los profesionales de apoyo a los procesos misionales. el reporte de las dificultades a los niveles directivos no tiene una respuesta oportuna y efectiva.
- Debilidades de comunicación y no cumplimiento de las acciones de los planes de mejora de los procesos.
- Desmejora de las acciones de capacitación, despliegues programados en horario extralaboral. Se sugiere desarrollar nuevas estrategias para la apropiación del conocimiento.

Se identifica como un logro la reciente conformación del equipo de los referentes de calidad, pero no se ha documentado formalmente cuáles son sus responsabilidades ni autoridad dentro de las UPSS.


Conclusiones

La implementación del PAMEC en las UPSS tiene lineamientos que al implementarlos se encuentran fragmentados entre el nivel central y las UPSS, las cuales no tienen un conocimiento integral del plan de acción, los resultados son conocidos en las socializaciones y los informes del plan de acción.

Amerita hacer un replanteamiento de esta estructura para lograr el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud y en los procesos de la Organización.

5.4. Recomendaciones o acciones propuestas:


1. Considerar el seguimiento a las acciones atrasadas en el plan de mejora formulado a los hallazgos de la auditoría realizada por la oficina de control interno en el año 2024 al PAMEC 2022-2023 reportados en el aplicativo Almera el cual presenta un nivel de cumplimiento del 43,10% con corte al 30 de abril de acuerdo a los seguimientos registrados.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	29 de 30		

2. Considerar el seguimiento a las acciones atrasadas en el plan de mejora formulado a la autoevaluación del PAMEC. 2024 reportados en el aplicativo Almera el cual presenta un nivel de cumplimiento del 54,56% con corte al 30 de abril de acuerdo a los seguimientos registrados en Almera.
3. Considerar la revisión de la metodología para la implementación del PAMEC en la entidad con el fin de integrarla al día a día en la prestación de los servicios y realización de los procesos y no como un "apéndice" a las labores.
4. Involucrar a los profesionales gestores de los procesos misionales y administrativos en la implementación de las acciones identificadas a las oportunidades de mejora a los estándares priorizados de manera que se realice en forma integral y sistematizada en toda la entidad.
5. Considerar el fortalecimiento de la asesoría y el entrenamiento en el análisis de indicadores, toma de acciones de mejora a los equipos técnicos de la UPSS, con el fin de lograr mejoras efectivas en los procesos y servicios de las sedes, apoyado por la designación de los referentes de calidad.

6. Conclusión:

1. La revisión comparativa de la implementación del PAMEC en la ESE Metrosalud, evidencia conformidad con las metodologías establecidas en la ley y reglamentaciones aplicables, el diseño dentro del sistema integrado y la gestión de los procesos.
2. La gestión del riesgo y los controles asociados al programa no es conveniente debido a que no se encuentra alineado con la metodología, las metas y políticas organizacionales.
3. El diseño del PAMEC a pesar de ajustarse a los lineamientos normativos no tiene la capacidad para lograr los resultados esperados evidenciados en la tendencia de la autoevaluación de los estándares del sistema Único acreditación, los resultados de los indicadores de calidad esperada, la implementación del plan de acción con actividades que no evidencian su efectividad en el cierre de brechas de las oportunidades de mejora formuladas y la estandarización de las competencias de todos los servidores involucrados.
4. Como resultado de la evaluación realizada se evidencian falencias en la adecuación y eficacia del PAMEC debido a que la suficiencia de las acciones y su ejecución no logran el cumplimiento de los requisitos establecidos.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	30 de 30		

7. Observaciones del Auditado:
8. Pronunciamiento del auditor:
9. Aprobación del informe:

Nombre completo y cargo del auditor líder	Claudia Regina Gonzalez Gonzalez Profesional Especializado de Control Interno
Fecha de elaboración del informe	10 al 19 junio 2024

Nombre completo y cargo del Jefe de C.I.	Gloria Patricia Isaza Orduz Jefe Oficina Control Interno y Evaluación
Fecha de aprobación del informe	

Copias informe: