



# **EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS**

## **VIGENCIA 2025**

**OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO**  
ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO  
Carrera 57 23 100

**EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS  
OFICINA CONTROL INTERNO**

**Objetivo Institucional:** Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

**NOTA:** Ejecutó todas las acciones previstas en la vigencia 2025.

**RESULTADOS ENTREGABLES VIGENCIA 2025**

<b>ENTREGABLE</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>
Reportar ante la Dirección Nacional de Derechos de autor la Legalidad del Software de la ESE Universitaria del Atlántico	100%	50%	<p align="center">Botón de transparencia página web institucional</p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/03/Informe-Seguimiento-Derechos-de-Autor-vigencia-2024.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/03/Informe-Seguimiento-Derechos-de-Autor-vigencia-2024.pdf</a></p>	La Oficina de Control Interno publicó el informe de seguimiento de derechos de autor de la vigencia 2024. Sin embargo, no se evidenció el cargue en el portal de la Dirección Nacional de Derechos de Autor respecto al software legal en la E.S.E.
Evaluación Independiente del estado del sistema de control interno de la ESE Universitaria del Atlántico	100%	100%	<p align="center">Botón de Transparencia</p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/08/Evaluacion-Independiente-del-SCI-1er-Sem-2025.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/08/Evaluacion-Independiente-del-SCI-1er-Sem-2025.pdf</a></p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/03/Evaluacion-Independiente-del-SCI-2do-Sem-2025.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/03/Evaluacion-Independiente-del-SCI-2do-Sem-2025.pdf</a></p>	Para la vigencia 2025, se cumplió con las dos Evaluaciones Independiente del estado del Sistema de Control Interno de la E.S.E. tanto para el periodo 2025-I como para el periodo 2025-II el resultado fue el mismo 75%. Esto no indica que no se presentaran mejoras por componente, por el contrario, algunos componentes del sistema si mejoraron mientras que en otros las acciones previstas para la vigencia no se realizaron, frenando la consecución de los objetivos.
Realizar Seguimiento al Plan Anticorrupción de la ESE Universitaria del Atlántico	3	3	<p align="center">Botón de Transparencia</p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/06/Informe-Medicion-PAAC-a-PTEE-Ene-Abr-2025-1.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/06/Informe-Medicion-PAAC-a-PTEE-Ene-Abr-2025-1.pdf</a></p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/03/Informe-Medicion-PAAC-a-PTEE-May-Ago-2025.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/03/Informe-Medicion-PAAC-a-PTEE-May-Ago-2025.pdf</a></p>	Con corte a 31 de diciembre de 2025, la Oficina de Control Interno, emitió los informes correspondientes a los tres seguimientos al Plan de transición del Plan anticorrupción y atención al Ciudadano al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, tal como lo dispone el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011.

			<a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/03/Informe-Medicion-PAAC-a-PTEE-Sept-Dic-2025.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/03/Informe-Medicion-PAAC-a-PTEE-Sept-Dic-2025.pdf</a>	
Evaluación del Sistema de Control Interno Contable	100%	100%	El soporte de cumplimiento de la Evaluación de Control Interno Contable reposa en medio físico, dentro de los archivos de gestión de la OCI	En el mes de febrero de 2025, a través del aplicativo Chip, se presentó la evaluación del Control Interno Contable de la vigencia 2024, obteniendo una calificación de 2.93, por debajo del rango aceptable.
Publicación del informe por dependencias de la gestión ejecutada y cumplida en la vigencia anterior	100%	100%	Botón de transparencia página web institucional  <a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/07/EVALUACION-POR-DEPENDENCIA-VIG-2024.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/07/EVALUACION-POR-DEPENDENCIA-VIG-2024.pdf</a>	La Oficina de Control Interno, realizó la verificación a las actividades y los indicadores de cumplimiento definidos en los Planes de Acción Institucional 2024. El soporte de verificación se encuentra cargado en el Botón de Transparencia de la página web institucional en el título 4.3 "Control"
Rendición de cuentas de la ESE Universitaria del Atlántico ante la Contraloría Departamental del Atlántico	100%	100%	Documento soporte reposa en los archivos de gestión de la Oficina de Control Interno.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de radicación de rendición de cuenta.</li> <li>• Certificación de cargue y envío exitoso en portal web Contraloría.</li> </ul>	La E.S.E., cumplió con el envío de la información para la rendición de cuentas dentro de los tiempos definidos.
Emitir informe sobre la austeridad en el gasto	100%	100%	Botón de Transparencia  <a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/05/Informe-Austeridad-4to-trimestre-2024.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/05/Informe-Austeridad-4to-trimestre-2024.pdf</a>  <a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/06/Informe-Austeridad-en-el-Gasto-1er-trimestre-2025.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/06/Informe-Austeridad-en-el-Gasto-1er-trimestre-2025.pdf</a>  <a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/09/Informe-Austeridad-2-trimestre-2025.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/09/Informe-Austeridad-2-trimestre-2025.pdf</a>  <a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-</a>	De acuerdo con el cronograma definido en el PGA 2025 y conforme a la normatividad vigente, la OCI emitió los cuartos Informes resultados de la evaluación a las medidas de austeridad en el gasto público. Los soportes de esta actividad se encuentran cargados en el link de Transparencia de la página web institucional en el título 4.3 "Control"

			<a href="content/uploads/2025/11/Informe-Austeridad-en-el-Gasto-3er-Trimestre-2025.pdf">content/uploads/2025/11/Informe-Austeridad-en-el-Gasto-3er-Trimestre-2025.pdf</a>	
Seguimiento al comportamiento en la atención y respuesta a PQRSD presentadas a la ESE Universitaria del Atlántico	100%	100%	<p>Botón de Transparencia</p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/Informe-PQRSD-2do-Sem-2024.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/Informe-PQRSD-2do-Sem-2024.pdf</a></p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/07/Informe-PQRSD-1er-Sem-2025.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/07/Informe-PQRSD-1er-Sem-2025.pdf</a></p>	La Oficina de Control Interno en cumplimiento de su rol de “Evaluación y Seguimiento” y de conformidad con lo establecido en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción”, y el Plan Anual de Auditorías 2025, realizó los dos seguimientos programados al comportamiento en la atención y respuesta a PQRSD presentadas a la ESE Universitaria del Atlántico. El soporte de esta actividad se encuentra cargado en el Botón de Transparencia de la página web institucional
Formular y Ejecutar el plan anual de auditorías internas de la ESE Universitaria del Atlántico	80%	88%	<p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/04/Plan-Anual-de-Auditoria-ESE-UNA-2025-1.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/04/Plan-Anual-de-Auditoria-ESE-UNA-2025-1.pdf</a></p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/02/PGA-ESE-UNA-2025-Modificado-Intervencion-Forzosa.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/02/PGA-ESE-UNA-2025-Modificado-Intervencion-Forzosa.pdf</a></p> <p><a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/02/Seguimiento-Plan-Anual-de-Auditoria-ESE-UNA-2025.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/02/Seguimiento-Plan-Anual-de-Auditoria-ESE-UNA-2025.pdf</a></p>	Para la vigencia 2025, la oficina de control interno cumplió con el cronograma definido en el Plan Anual de Auditorías en un 88%. No se realizó la auditoría al proceso de Farmacia.
Seguimiento a los planes de mejoramiento aprobados por entes de vigilancia o por la Oficina de Control Interno de la ESE Universitaria del Atlántico	80%	100%	Documentos soporte, reposan en los archivos de gestión de la OCI	Se presentaron las evidencias de cumplimiento del Plan de Mejora suscrito con la Contraloría Departamental para la vigencia 2023, sin cierre favorable. El plan de mejora suscrito con Supersalud vigencia 2024 se ejecutó solo el 38%. Se presenta nuevo plan de mejora de auditoría de Supersalud 2025 y dada su no aprobación se motiva la intervención forzosa de la entidad por parte de la Superintendencia de salud.

**EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS  
GESTION DE TICS**

**Objetivo Institucional:** Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento, mediante el Mejoramiento de la capacidad tecnológica en sistemas de información

**NOTA:** No se realizó medición en el segundo semestre por parte de la 2da línea de defensa, dada la medida de intervención forzosa para administrar emanada por la Supersalud.

**RESULTADOS ENTREGABLES RESULTADOS ENTREGABLES 1er Semestre VIGENCIA 2025**

<b>ENTREGABLE</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>
Optimizar los procesos relacionados con el manejo del sistema DGH, mediante la unificación de criterios y la formalización de la capacitación del sistema DGH de al menos el 70% del personal de la E.S.E. una con el fin de garantizar el correcto funcionamiento y uso del aplicativo.	Se establece como línea base la capacitación de 250 personas trimestralmente	1er trimestre: 172  2do trimestre: 174  69%	Informe gestión Plan de Acción TIC's 2025 Cronograma de capacitaciones Registros de asistencia	De acuerdo con el informe de gestión recibido por parte de la dirección de TIC'S, al cierre del primer semestre de la vigencia 2025, se realizaron capacitaciones a 346 trabajadores en la E.S.E., del sistema DGH.
Implementación y puesta en marcha de la herramienta GLPI – soportes y mantenimiento de primer nivel.	No se establece una línea base o porcentaje de la población a capacitar.	1er trimestre: 15  2do trimestre: 58	Informe gestión Plan de Acción TIC's 2025 Cronograma de capacitaciones Registros de asistencia	Con corte a junio 30 de 2025, la dirección de TIC's, realizó capacitaciones a 73 trabajadores durante el primer semestre de la vigencia a diferentes áreas de la E.S.E.
Generación de backup de respaldo a los equipos directivos y coordinadores con información sensible.	100% a 10 equipos que es la capacidad de cobertura de la licencia actual (versión gratuita de Veeam Data Platform)	70% de cumplimiento. Solo se realizó respaldo a 7 equipos	Archivos del reporte de backups y el formato de control,	Se recibió información de esta actividad de los trimestres I y II del número de respaldos realizados a los equipos con información sensible, mediante la aplicación gratuita VEEAM (Capacidad 10 equipos). Es importante aclarar que no se tienen registros de continuidad en la actividad durante el segundo semestre de la vigencia. Por otra parte, no se está haciendo cobertura al 100% de los equipos del nivel directivo. No se identifica cuales fueron los criterios para priorizar los equipos con información sensible a respaldar.

Reimplantación de un sistema de protección - antivirus	700 licencias disponibles, implantadas en 665 equipos y 6 servidores, los equipos restantes se encuentran en mantenimiento.  100%	100%, todos los equipos en uso se encuentran con licencia	Informe gestión Plan de Acción TIC's 2025 Software funcional Listado de equipos con antivirus	Actualmente la E.S.E Universitaria del Atlántico tiene 700 licencias de Antivirus Kaspersky para la vigencia 2025 (por 12 meses), permitiendo una así una capacidad de 100% para proteger los dispositivos contra diversas amenazas cibernéticas, asegurando así la integridad de los sistemas informáticos frente a posibles amenazas externas, alineándose con las mejores prácticas de ciberseguridad.
Realizar interfaz con los nuevos aplicativos de nuestros socios estratégicos con la plataforma de dinámica gerencial	100%	100%	Informe gestión Plan de Acción TIC's 2025 Software funcional	Durante el primer semestre de la vigencia 2025, continuó operando de manera eficiente el proceso de integración automática de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de imágenes diagnósticas hacia la plataforma DGH.
Organización del cableado en racks de redes	100%	50%	Informe gestión Plan de Acción TIC's 2025 Cronograma de actividades	Se evidenció en la intervención técnica en la sede CACE ALTA de acuerdo con el cronograma de actividades y soportes enviados
Socializar la política y manual de seguridad y privacidad de la información	No se establece una línea base o porcentaje de la población a capacitar.	Se evidencia el envío masivo de correos con las campañas de socialización, pero no se mide el impacto o adherencia a la política	Manual de Seguridad y privacidad de la información.  Correos institucionales	La estrategia se desarrolló mediante el envío de correos masivos institucionales durante 12 semanas, utilizando el canal oficial desarrollotics@eseuniversitariadelatlantico.gov.co. El contenido de la campaña se centró en el tema "Mejores prácticas de seguridad en el correo electrónico". A la fecha no se ha reportado el número de personas capacitadas ni el universo programado para la socialización, lo que impide calcular el indicador definido como: Número de personas capacitadas / Total de personas programadas para capacitación
Apoyar en la implementación y puesta en marcha de los sistemas de información que requieran las diferentes áreas.	100% indicador en función de la demanda de servicios	100%	Solicitudes de servicio	Durante el primer trimestre de 2025, la Dirección de TIC'S brindo asistencia técnica a en el componente de generación de RIPS, se hicieron ajustes en los procesos de producción en formato JSON, se actualizó y validó el entorno Docker FEV RIPS, y se desarrolló un aplicativo interno para optimizar el envío y descarga de archivos requeridos por las áreas de Radicación y Cartera. En cuanto al componente de saneamiento fiscal, se consolidó información técnica en la plataforma ELABORA PSSF, se realizaron ajustes a las tarifas

				parametrizadas según lineamientos de las EPS, y se gestionó espacio de almacenamiento para el cargue de cuentas. Además, se actualizó la firma digital del módulo de facturación electrónica dentro del sistema DGH.
Realizar seguimiento a los trabajos de los socios estratégicos mediante informe diario de la prestación del servicio en las 5 sedes	100%	100%	Informes trimestrales del operador Informes de la Dirección TIC's	Trimestralmente, los socios estratégicos (Claro Colombia y Focus Group) en la E.S.E., entregan un informe de cumplimiento de los servicios contratados, permitiendo una evaluación integral de su desempeño y garantizando que los acuerdos establecidos se respeten. Estos informes proporcionan información clave para la toma de decisiones y aseguran que los servicios contratados se estén prestando según lo estipulado
Organización de IPS por servicio y asignación a Switches distribuidores (VLANS)	100%	100%	Estudio técnico de necesidad equipos Asignación de equipos	Se evidencian avances en la etapa de planeación y diagnóstico en el primer semestre de la vigencia 2025, sin embargo, el proyecto fue suspendido sin avances una vez dada la medida de intervención.
Adquisición del servicio de Hosting	100%	100%	Soporte de pago renovación hosting	Se realizó exitosamente la renovación del servicio de hosting, lo cual garantiza el funcionamiento de la página web de la ESE y todos los servicios en línea que provee la página.

**EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS  
GESTION JURIDICA**

**Objetivo Institucional:** Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

**NOTA:** Ejecutó todas las acciones previstas en la vigencia 2025.

**RESULTADOS ENTREGABLES VIGENCIA 2025**

<b>ENTREGABLE</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>
Contestación y/o Seguimiento Procesos Judiciales	100%	98% (111 contestados de 113)	Cuadro de procesos judiciales / Cuadro de tutelas  Informe que contenga fecha de notificación y fecha de contestación	Se verificaron los soportes de la gestión realizada para dar respuesta a los procesos judiciales y acciones de tutela instauradas a la entidad, por parte de la oficina jurídica, las cuales se atendieron dentro de los tiempos.
Convocatoria Comité de Conciliación	100%	100%	Comunicaciones de convocatorias al Comité, e informe de convocatorias recibidas en la ESE	La oficina jurídica soporta las actas de los 19 comités de conciliación realizados durante la vigencia 2025.
Implementación de Políticas	100%	100%	Acta o informe en donde conste la actividad (Una revisión semestral de seguimiento de la Política de defensa judicial (MIPG))	Actualización política de prevención daño antijurídico: Reglamento derecho de petición: integración de SIAU con la Oficina De Gestión De Calidad y la Oficina Asesora Jurídica para trámite de respuesta de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD). Reunión Comité de Conciliación. Acta 69 de 2025
Conceptos y/o Asesorías Jurídicas a otras Dependencias de la ESE	100%	100%	Informe de conceptos y asesorías jurídicas a otras dependencias de la ESE	La Dirección Jurídica presenta soporte de siete (09) conceptos jurídicos presentados durante la vigencia 2025.
Desarrollo del programa de actualización para los abogados que llevan la defensa jurídica	100%	100%	Actas de capacitación	A diciembre 2025, la dirección Jurídica aporta evidencia de dos actas de capacitación realizada a los abogados adscritos a la Oficina.
Proyección Respuesta a Derechos de Peticiones	100%	100%	Informe de respuestas a Derechos de Peticiones	Teniendo en cuenta la relación de peticiones por trimestre aportada por la oficina Jurídica, se pudo determinar que se recibieron 364 peticiones con corte a diciembre 31 de 2025. No se recibió informe consolidado del estado de las peticiones al finalizar la vigencia.

**EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS  
RECURSOS FISICOS**

**Objetivo Institucional:** Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

**NOTA:** Ejecutó todas las acciones previstas en la vigencia 2025.

**RESULTADOS ENTREGABLES VIGENCIA 2025**

<b>ENTREGABLE</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>
Proyectar las necesidades de la renovación y/o adquisición de dotación por servicio habilitado en cada sede, para la gestión de la adquisición integral de tecnología y de equipo industrial biomédico y administrativo.	100%	No se puede establecer el calculo	Informe trimestral	Se recibe como soporte el documento "Plan de Renovación Tecnología Biomédica" sin embargo no se evidencia estar aprobado por la Alta Gerencia como tampoco la asignación de recursos. Adicionalmente, se valida una matriz que relaciona más de 127 equipos específicos distribuidos por sede y servicio, indicando variables como marca, modelo, serie, ubicación, y resultado de la evaluación técnica, con asignación de prioridad para reposición. No se aportaron evidencias de informe trimestral de avance.
Realizar la gestión para la compra de las necesidades de la dotación de los faltantes de los servicios de cada sede.	100%	No se puede establecer el calculo	Informe trimestral Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo	Esta oficina recibió un informe emitido por el contratista líder del equipo biomédico de la ESE en el que se reporta la adquisición de equipos de dotación para las sedes de alta complejidad, Sabanalarga y Soledad en el tercer y cuarto trimestre. Sin embargo, no se puede establecer si corresponde a la totalidad de las necesidades que requieren las sedes.
Prevenir el hurto de la dotación de los equipos biomédicos de los servicios asistenciales en cada una de las sedes	100%	No se puede establecer el calculo	Inventario	No se allegaron evidencias de inventarios realizados. Los soportes allegados para esta actividad consisten en un listado de equipos biomédicos a identificar con placa, correspondientes a una de las 5 con las que cuenta la ESE.
Supervisar el mantenimiento general de los equipos biomédicos para que	100% (Se programaron	76% (2615	Informe trimestral Cronograma de mantenimiento equipos	El área de Recursos Físicos presenta en el informe de mantenimiento equipos biomédicos,

cumplan con las especificaciones técnicas, condiciones de seguridad y calibración.	3454 mantenimientos)	mantenimientos preventivos)	Certificados	con corte a diciembre 31 de 2025, una ejecución de 2615 actividades correspondientes a mantenimientos preventivos.
	100% Calibraciones (Inventario con 822 equipos por calibrar)	52 certificaciones 6.3%	Certificados de calibración Informe trimestral	Se aportaron 52 certificados de calibración de los equipos que lo requerían según el cronograma de mantenimiento.
	100% (425 Capacitaciones programadas)	70% (297 capacitaciones ejecutadas)	Informe Trimestral	Se recibe informe en el que se reportan las capacitaciones realizadas por el equipo biomédico al personal de la ESE, así como las solicitadas por el mismo personal. Se evidencian reportes de asistencia a capacitaciones en el uso de Desfibrilador, Bomba de infusión, Monitor de signos vitales, Ventilador mecánico, Electrocardiógrafo, Doppler fetal, Aspirador de secreciones, Máquina de anestesia, Monitor fetal, Mesa de cirugía, Incubadora de transporte, entre otras.
	100%	100%	Informe Trimestral	El ingeniero biomédico de la ESE en su informe de cierre de la vigencia 2025, reporta haber realizado 441 mantenimientos correctivos, dando respuesta a las solicitudes realizadas por los diferentes servicios de la ESE.
Gestionar el plan de mantenimiento hospitalario preventivo y correctivo y realizar seguimiento a la ejecución, para una adecuada prestación de los servicios de salud	100% (mantenimientos a equipos industriales e infraestructura)	97% de los mantenimientos programados a equipos Industriales	Informe Trimestral Cronograma	La dirección de Recursos Físicos aporta el seguimiento a los cronogramas de mantenimiento de equipos industriales donde se logró ejecutar acciones sobre el 97% de las actividades propuestas en el plan de mantenimiento.
	100% Inspecciones de Infraestructura	16% de las inspecciones sobre la Infraestructura	Informe Trimestral Cronograma	En cuanto a infraestructura se aporta la ficha del indicador que consigna las inspecciones a realizar por mes e informes final de la vigencia con las acciones adelantadas sobre la infraestructura.
	100% Solicitudes de intervención infraestructura	88% solicitudes atendidas	Informe Trimestral	Se evidencia ficha del indicador que consigna los mantenimientos realizados por mes e informe que detalla las acciones realizadas.

Realizar seguimiento a las obras ejecutadas y entregadas en las sedes de la E.S.E UNA.	100%	No se reportan contratos de obra en la vigencia  Se solicitan garantías a obras ejecutadas en vigencias anteriores	Informe trimestral	Durante la vigencia 2025 se realizaron requerimientos de garantías a obras realizadas en el CACR Soledad y en el servicio de cirugía del CACE Pediátrico. Se validan mesas de trabajo con los Contratistas. No se allegaron informes, pero se requirió a la Dirección de Infraestructura el reporte de garantías requeridas Vs las atendidas por los contratistas.
Gestionar y ejecutar el plan de manejo de residuos peligrosos y no peligrosos y plan de manejo ambiental	100%	80.7%	Informe trimestral Cronograma ejecución programa de manejo ambiental	La dirección de Recursos Físicos e Infraestructura aporta los soportes que evidencian la ejecución del plan de manejo de residuos peligrosos y manejo ambiental.
Realizar la verificación del inventario de activos fijos en cada una de las sedes, de acuerdo con el cronograma establecido para la vigencia.	100%	0%	Informe trimestral	Esta oficina no recibió soporte del cumplimiento de esta actividad

**EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS  
SUBGERENCIA CORPORATIVA**

**Objetivo Institucional:** Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social.

**NOTA:** No se realizó medición por parte de la 2da línea de defensa en el segundo semestre dada la medida de intervención forzosa para administrar emanada por la Supersalud.

**RESULTADOS ENTREGABLES 1er Semestre VIGENCIA 2025**

<b>ENTREGABLE</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>
Realizar seguimiento a la ejecución y cumplimiento de planes y programas de las oficinas de Direcciones de Talento Humano, Infraestructura Física y Biomédica, Tecnologías y Sistemas de Información y las Comunicaciones – TIC, Financiera y Contratación	100% 4 actas por trimestre (1 por cada Dirección) = 12 actas	62,5%: 5 actas en todo el semestre (Dirección Contratación, D. Talento Humano e Infraestructura)	Actas de seguimiento a la ejecución de planes	Se evidencian actas de seguimiento suscritas entre la subgerencia corporativa y las Direcciones a cargo, donde se hace seguimiento a los distintos planes. Sin embargo, no se observa propuesta de acciones de mejora por las desviaciones o incumplimientos de los planes de algunas direcciones, sobre las metas propuestas. No se evidencian seguimientos a la Dirección Financiera.
Dirigir la elaboración, ejecución y seguimiento del plan anual de adquisiciones articulado con todas las dependencias de la E.S.E., siguiendo los procedimientos y tiempos definidos para el efecto Anual de Adquisiciones vigencia 2025	100%	100% Publicación  0% Seguimientos	Plan Anual y Seguimientos	Se evidencia la publicación del plan Anual de Adquisiciones en la página web de la ESE en el enlace <a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/Plan-anual-de-adquisiciones-2025-1.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/Plan-anual-de-adquisiciones-2025-1.pdf</a> como en el portal de SECOP II. Se verificaron los documentos soporte del acto administrativo de aprobación. No se evidenciaron seguimientos o actualizaciones.
Realizar seguimiento al cumplimiento oportuno de reportes a los diferentes Entes de Control de las oficinas de la Dirección de Talento Humano, de Infraestructura Física y Biomédica, de Tecnologías y Sistemas de Información y las Comunicaciones – TIC, de Financiera, de Contratación	100% 4 actas por trimestre (1 por cada Dirección) = 12 actas/Semestre	2 actas seguimiento a la Dirección de Contratación	Actas de seguimiento	Se verifico mediante actas aportadas por la Subgerencia Corporativa, dos seguimientos realizados en el primer semestre del año. Sin embargo, no se hacen recomendaciones o lineamientos de la Subgerencia a la Dirección por la extemporaneidad en la publicación de la contratación en los portales SECOP Y SIA OBSERVA, estos temas no son tratados en el acta, así como la no oportunidad de la publicación de la información financiera de la entidad en el portal de la ESE, en el botón de

				transparencia. Se anexan soportes de publicación de información financiera en portal SIHO, sin embargo, no se evidencia el seguimiento de la subgerencia a la Dirección, por tanto, no se puede validar si se hacen los seguimientos correspondientes.
Realizar seguimiento a la ejecución de los aliados que prestan servicios administrativos y asistenciales a la ESE	100%	100%	Actas de seguimiento	Se recibe soporte de asistencia a seguimientos realizados a algunos aliados de la ESE.
Realizar seguimiento a la ejecución de los terceros que prestan servicios administrativos y asistenciales a la ESE	100%	No se puede establecer una línea base para el cálculo de este indicador	Actas de seguimiento	Se recibe soporte de estadísticas de la prestación de los servicios de lavandería, Aseo y Residuos. Sin embargo, no se evidencian actas de seguimiento a los contratistas.
Supervisar la actualización de procesos, protocolos, procedimientos y demás herramientas e instrumentos que contribuyan al mejoramiento continuo de la entidad.	100%	No se puede establecer una línea base para el cálculo de este indicador	Actas de seguimiento	No se evidencian soportes de actualización de procesos, procedimientos, ni protocolos como tampoco actas de reuniones o mesas de trabajo que validen formalmente seguimientos o ajustes mejores prácticas.

**EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS  
GESTION CONTRACTUAL**

<p><b>Objetivo Institucional:</b> Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social.</p> <p><b>NOTA:</b> No se realizó medición por parte de la 2da línea de defensa en el segundo semestre dada la medida de intervención forzosa para administrar emanada por la Supersalud. Los registros y seguimientos realizados por la oficina de control interno obedecen la información encontrada en los portales SIA Observa y SECOP.</p>				
RESULTADOS ENTREGABLES VIGENCIA 2025				
ENTREGABLE	PROGRAMADO	EJECUTADO	EVIDENCIA	ANÁLISIS DE RESULTADOS
Conducir los procesos contractuales según la normatividad vigente para adquirir bienes, servicios y obras.	100%	100%	Matriz de Contratación	Al finalizar la vigencia 2025, la Dirección de Contratación gestiona las solicitudes de contratos realizadas por los supervisores de las dependencias de la E.S.E. UNA. Se recibieron 3599 solicitudes y se formalizaron 3570 contratos, los restantes 29 no se suscribieron porque el contratista desistió en firmar. Se atendieron todas las solicitudes de ordenes de suministro, ordenes de servicio requeridas a la dependencia
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registrar y rendir la información de los procesos contractuales a los diferentes entes de control.</li> <li>2. Elaborar y presentar informes semestrales de gestión del proceso contractual.</li> <li>3. Elaborar y presentar informe de ejecución relacionando el registro, la rendición y el cargue de soportes de legalidad de los procesos contractuales en la plataforma SIA OBSERVA, SIHO.</li> </ol>	<p>Cumplimiento dentro de los términos previstos</p> <p>5085 suscritos</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 99.7% (Contraloría)</li> <li>2. 100%</li> <li>3. 100%</li> </ol>	<p>Informes de Entes de Control</p> <p>Página SIA Observa</p> <p>Página Supersalud (SIHO)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Dirección de Contratación, allegó las matrices de reporte de cargue y rendición de la contratación en SIA Observa en el que se puede apreciar el estado de Rendición Extemporánea. Se cargó en plataforma SIA 5073 registros.</li> <li>2. Se allegó informe de reunión del primer semestre 2025 entre la subgerencia corporativa y la Dirección de Contratación en el que se presentan datos del reporte de información a las entidades correspondientes. Sin embargo, no se establecieron tareas para mejorar la extemporaneidad en el reporte.</li> <li>3. La Dirección de Contratación, rindió informes mensuales durante el primer semestre a la oficina de Subgerencia Corporativa, relacionada con la suscripción de contratos.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar la revisión, aprobación o negación de las pólizas y garantías de los contratos de personas jurídicas cuyo</li> </ol>	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100%</li> <li>2. 0%</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe Trimestral</li> <li>2. Informe Trimestral</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para el primer semestre de la vigencia 2025, se evidencian dos informes trimestrales en los que se reporta la aprobación de 152 pólizas a contratos suscritos con personas jurídicas.</li> </ol>

beneficiario sea la ESE UNA. 2. Apoyar los procesos de declaración de siniestro.				2. No se evidencian registros de esta actividad.
Seguimiento a la matriz de riesgo de la oficina	100%	0%	Informe semestral	No se evidencian registros o informes sobre esta actividad

**EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS  
SUBGERENCIA CIENTIFICA**

**Objetivo Institucional:** Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

**NOTA:** No se realizó medición por parte de la 2da línea de defensa en el segundo semestre dada la medida de intervención forzosa para administrar emanada por la Supersalud. Los registros y seguimientos realizados por la oficina de control interno obedecen a la información requerida a los líderes de los programas de seguridad del paciente, SIAU y PAMEC.

**RESULTADOS ENTREGABLES VIGENCIA 2025**

<b>ENTREGABLE</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar Autoevaluación de SUH Normatividad vigente por sede</li> <li>Seguimiento al plan de acción de habilitación por sede.</li> </ol>	90%	No se puede establecer el porcentaje de avance	Informes de Autoevaluación y actas de revisión de condiciones de habilitación.	<p>La Oficina de Control Interno verifico los documentos que soportan el seguimiento de las actividades programadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se evidencia Informe Autoevaluación 3100 De 2019 del mes de abril donde se califican los estándares por sede.</li> <li>No se evidencian registros de seguimiento a los planes de acción generados a razón de la autoevaluación.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Elaborar y ejecutar cronograma de capacitaciones de las buenas prácticas de seguridad del paciente.</li> <li>Elaborar y ejecutar cronograma de rondas de seguridad del paciente.</li> <li>Monitoreo del cumplimiento de las acciones programadas encaminadas a mejorar la seguridad del paciente de la ESE UNA.</li> </ol>	90%	100%	Informe trimestral	<p>La Oficina de Control Interno verifico los documentos que soportan el cumplimiento de la ejecución del programa de seguridad del paciente de la ESE planeadas en los 4 trimestres de la vigencia 2025, cumplimiento del cronograma de actividades trazado. Se llevaron a cabo las capacitaciones programadas por cada paquete instruccional y se realizaron las rondas de seguridad en la frecuencia establecida por sede.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Diseño del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad 2025.</li> <li>Elaboración de cronograma de</li> </ol>	90%	No se puede establecer el porcentaje de avance	Informe trimestral de actividades ejecutadas	<p>La Oficina de Control Interno verificó los soportes que evidencian la formulación del PAMEC de la E.S.E UNA para la vigencia 2025. Se evidencia Resolución 106-2024 de</p>

<p>auditorías 2025.</p> <p>3. Autoevaluación de estándares de acreditación.</p> <p>4. Monitoreo del cumplimiento de las acciones programadas encaminadas al fortalecimiento de los procesos de calidad de la ESE UNA</p>				<p>aprobación PAMEC 2024-2025, Resolución 224-2024 de conformación de equipos de autoevaluación. Se evidencia informes de los dos primeros trimestres de la vigencia 2025. Sin embargo, no se puede establecer el porcentaje de cumplimiento al cierre de la vigencia 2025 toda vez que la matriz aportada por la Oficina Asesora de Sistema de Gestión de la ESE presenta inconsistencias en el reporte del consolidación del número de actividades por estándar, como tampoco produjo un informe que permita establecer el cumplimiento del Plan. Al cierre de este informe no existe acto administrativo de cierre de PAMEC.</p>
<p>1. Elaborar y ejecutar el cronograma de capacitaciones deberes y derechos de los usuarios.</p> <p>2. Seguimiento a gestión de PQRS, en cada una las sedes de la ESE UNA.</p> <p>3. Monitoreo de la satisfacción del usuario, humanización de la atención hospitalaria.</p> <p>4. Seguimiento de la ejecución del programa de participación social 2025 y política de servicio al ciudadano</p>	90%	50%	Informe trimestral de actividades ejecutadas	<p>Se evidencian informes trimestrales solo del primer y segundo trimestre de la vigencia 2025 en los que solo se califican los puntos 2 y 3. La líder de la oficina de SIAU no allegó registros o evidencias de la ejecución del cronograma de deberes y derechos de los usuarios, como tampoco de actividades del programa de participación social y de la política de servicio al ciudadano.</p> <p>Durante la vigencia se reciben 1.643 PQRS (1501 peticiones, 95 quejas, 14 reclamos y 5 sugerencias) se dio atención a todas las solicitudes. El porcentaje de satisfacción resultado de encuestar al 10% de los egresos fue del 95%.</p>
<p>1. Socializar la política de Docencia e investigación de la ESE UNA.</p> <p>2. Gestionar las condiciones de habilitación y calidad de los escenarios de practica formativa, de acuerdo con lo establecido por el MSPS.</p> <p>3. Elaboración de cronograma de actividades encaminadas a Docencia e investigación.</p>	90%	No se puede establecer porcentaje de avance	Informe trimestral de actividades ejecutadas	<p>Se evidencian informes de los trimestres 1 y 2 de la vigencia 2025, emitidos por la líder del proceso de docencia. Sin embargo, el informe carece de evidencias que respalden la información presentada, no se puede determinar el número de socializaciones realizada como tampoco la población objetivo. En el informe no se detalla el cronograma de las actividades a realizar por mes, como tampoco evidencias en las que se constate su</p>

4. Monitoreo del cumplimiento de las acciones programadas encaminadas al fortalecimiento del proceso Docencia e investigación de la ESE UNA.				realización. El documento soporte no esta firmado, ni validado por subgerencia científica.
--	--	--	--	--

**EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS  
GESTION DEL TALENTO HUMANO**

**Objetivo Institucional:** Gestión del talento humano en salud con enfoque de calidad de vida, desarrollo humano y bienestar: A tiempo el desarrollo de incentivos y grupos de practica para la mejora en gestión clínica, desempeño corporativo y para la investigación y docencia.

**RESULTADOS ENTREGABLES VIGENCIA 2025**

<b>ENTREGABLE</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>
Formular y ejecutar Plan de capacitación PIC vigencia 2025	80%	65%	<a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PN-CT-001-PLAN-INSTITUCIONAL-DE-FORMACION-Y-CAPACITACION.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PN-CT-001-PLAN-INSTITUCIONAL-DE-FORMACION-Y-CAPACITACION.pdf</a>	Se verificó el cumplimiento de la ejecución del plan de capacitaciones mediante las evidencias aportadas en la calificación del cronograma y las listas de asistencias, alcanzando una meta de cumplimiento del 65%
Formular y ejecutar Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos vigencia 2025	80%	72%	<a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PN-BS-001-PLAN-DE-BIENESTAR-SOCIAL-ESTIMULOS-E-INCENTIVOS.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PN-BS-001-PLAN-DE-BIENESTAR-SOCIAL-ESTIMULOS-E-INCENTIVOS.pdf</a>	Se verifico el cumplimiento de la elaboración y ejecución del cronograma de actividades del Plan de Bienestar Social e Incentivos, mediante informe de gestión aportado por la Dirección de Talento Humano con el registro fotográfico que evidencian las actividades realizadas.
Formular Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo para garantizar la calidad de vida laboral de los trabajadores	100%	89.5%	<a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PN-ST-001-PLAN-DEL-SISTEMA-DE-GESTION-DE-LA-SEGURIDAD-Y-SALUD-EN-EL-TRABAJO.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PN-ST-001-PLAN-DEL-SISTEMA-DE-GESTION-DE-LA-SEGURIDAD-Y-SALUD-EN-EL-TRABAJO.pdf</a>	Se evidencia calificación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST para la vigencia 2025 conforme a la Resolución 0312 del 2019 con un resultado del 89.5%
Formular Plan de previsión de Talento Humano	80%	0%	<a href="https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PN-SE-001-PLAN-ANUAL-DE-VACANTES-Y-PREVISION-DE-EMPLEOS.pdf">https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PN-SE-001-PLAN-ANUAL-DE-VACANTES-Y-PREVISION-DE-EMPLEOS.pdf</a>	Se verifico en la página web institucional el documento “Plan Anual de Vacantes y Previsión del Recurso Humano 2025” donde se detalla la Planta de personal y el Plan de Previsión. Se evidencian cargos vacantes tanto administrativos como asistenciales. No se adelantaron procesos de concurso.

## CONCLUSIONES:

La evaluación integral por dependencias correspondiente a la vigencia 2025 evidencia un cumplimiento general favorable en la mayoría de los entregables institucionales, especialmente en las áreas relacionadas con control interno, gestión contractual, talento humano y procesos misionales de soporte. No obstante, se identifican brechas relevantes en el cargue oportuno de información ante entes de control, así como inconsistencias en la documentación y seguimiento de ciertos planes estratégicos, situación que afecta la trazabilidad y refleja debilidades en la capacidad de control administrativo y operativo, particularmente en procesos donde no fue posible establecer líneas base o porcentajes reales de avance.

Desde el enfoque de eficacia institucional, varias dependencias reportan altos niveles de ejecución; sin embargo, los análisis evidencian falta de integralidad en la consolidación de resultados, ausencia de registros formales y carencias en la medición de indicadores, especialmente en áreas como Recursos Físicos, Subgerencia Científica, Subgerencia Corporativa y TIC. Estos vacíos limitan la posibilidad de evaluar con precisión el impacto de las acciones implementadas y dificultan la toma de decisiones basada en evidencia, reflejando la necesidad de fortalecer los mecanismos internos de seguimiento, control documental y gestión del riesgo.

Finalmente, se destaca como aspecto crítico la incidencia de la medida de intervención forzosa por parte de la Supersalud, que generó interrupciones en la medición durante el segundo semestre, afectando la continuidad de los procesos evaluativos. Los hallazgos recurrentes relacionados con falta de seguimiento, registros incompletos, ausencia de criterios de priorización y deficiencias en la verificación de soporte documental demuestran la necesidad de robustecer la gobernanza institucional y los roles de segunda línea de defensa.

## RECOMENDACIONES:

1. Fortalecimiento del control documental y seguimiento institucional: Se recomienda establecer un sistema unificado de control documental que obligue a las dependencias a cargar soportes completos, oportunos y verificables, asegurando que todos los planes (PAMEC, habilitación, mantenimiento, capacitación, entre otros) cuenten con mecanismos formales de seguimiento y cierre. Es necesario implementar actas de seguimiento estándar con acciones, responsables y fechas límite, con verificación trimestral por parte de la Oficina de Control Interno.
2. Mejoramiento en la gestión de riesgos y cumplimiento normativo: Varias áreas presentan dificultades en la medición y reporte de sus actividades, lo que evidencia debilidades en la gestión de riesgos operativos. Se recomienda actualizar y socializar la matriz de riesgos institucional, estableciendo controles específicos para dependencias críticas como Recursos Físicos, TIC, Subgerencia Científica y Contratación. Adicionalmente, se debe reforzar la trazabilidad del cumplimiento ante entes de control para evitar reportes extemporáneos y asegurar el cumplimiento del marco normativo vigente.
3. Optimización de procesos de planificación, indicadores y toma de decisiones: Se sugiere que cada dependencia revise y rediseñe sus indicadores de gestión, asegurando que sean medibles, verificables, consistentes y alineados con los objetivos estratégicos. De igual forma, se recomienda institucionalizar una metodología de evaluación basada en evidencias que permita consolidar datos confiables para la toma de decisiones, con énfasis en procesos misionales como calidad, docencia, seguridad del paciente y mantenimiento biomédico.
4. Reforzamiento de capacidades institucionales ante escenarios de intervención: Ante la evidencia de interrupción de procesos por la intervención forzosa, se recomienda desarrollar un protocolo de continuidad operativa, que permita a la entidad mantener la medición, seguimiento y documentación de los procesos incluso bajo escenarios de dirección externa. Esto evitará pérdidas de información y discontinuidades en los ciclos de mejora.

Informe presentado el 25 de marzo de 2026 para la toma de decisiones.

  
YADID SOFIA RUIZ OSSIO  
Jefe Oficina de Oficina de Control Interno