



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

EVALUACION A LA GESTION POR DEPENDENCIAS

OFICINA DE CONTROL INTERNO

E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE

2024



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

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo señalado en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004 respecto de la evaluación de la gestión por dependencias, lo reglamentado sobre la materia en la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional, el artículo 2.2.8.1.3 del Decreto 1083 de 2015, la Oficina de Control Interno presenta el informe de la evaluación de la gestión adelantada por cada una de las dependencias de la ESE Hospital San Antonio de Sesquilé, en la vigencia 2024.

Para el desarrollo de este ejercicio evaluador, se tuvo en cuenta la evaluación cuantitativa y cualitativa del nivel de ejecución de los compromisos establecidos en el Plan Operativo Anual - POA, con fundamento en la planeación institucional liderada por la Oficina Asesora de Planeación, registrando trimestralmente los avances por cada una de las dependencias y validando los soportes que permitan evidenciar la información registrada.

DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

El documento Plan Operativo Anual - POA contiene los criterios necesarios para evaluar las dependencias, como instrumento de gestión alineado con el plan de desarrollo, que permite efectuar seguimiento al cumplimiento de las actividades, la administración eficaz de los recursos y la adecuada ejecución del presupuesto, asimismo, contiene los distintos objetivos operativos, metas y actividades de los procesos que se desarrollan durante el año en referencia.

Frente al avance cuantitativo, se revisa:

- ✓ Coherencia con la unidad de medida, fórmula de cálculo, periodicidad de cálculo y las metas establecidas para ese año.
- ✓ Coherencia del avance cuantitativo registrado con lo definido en el avance cualitativo y los resultados del indicador.

Frente al avance cualitativo, se revisa:

- ✓ Claridad del detalle en las principales acciones desarrolladas en el periodo reportado y relación con la meta programada y su cumplimiento.
- ✓ Coherencia del reporte con las actividades definidas en la descripción del indicador o la descripción de la evidencia y su cumplimiento.
- ✓ Razones por las cuales no se logró lo programado en el periodo reportado y los retrasos que se hayan presentado, en los casos en los que aplique.



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

**FORMATO DEL CONSEJO ASESOR
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: PLANEACIÓN Y CALIDAD	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar la prestación de servicios con estándares superiores de calidad mitigando los riesgos. 			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Lograr la certificación del 100% de las sedes en el sistema único de habilitación.	% Sedes certificadas	100%	Se cumple con la meta
Mantener por encima del 92% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	100%	Se cumple con la meta
Implementar en 80% el Plan de Mejoramiento de la Calidad- MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad.	% de cumplimiento del plan	100%	Se cumple con la meta
Aumentar en 1,20 la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior.	Promedio calificación autoevaluación	0%	Se realiza proceso con asesor externo en el proceso de acreditación
Implementar en 85% el plan de mejoramiento del sistema único de acreditación.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	100%	Se cumple con la meta
Lograr la certificación del 100% de las sedes en el sistema único de habilitación.	% Sedes certificadas	100%	Se cumple con la meta



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

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verificó el cumplimiento de las acciones establecidas en la vigencia de 2024.

Se observa que el área de Calidad y Planeación, ha realizado eficientemente la gran mayoría de las actividades establecidas en el POA 2024, que permitieron mejorar la prestación de servicios con estándares superiores de calidad mitigando los riesgos y aumentando la satisfacción del usuario para logro de su fidelización. El resultado de la medición de resultados fue del 85%.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para la vigencia 2024, se recomienda continuar gestionando las acciones pertinentes a fin de alcanzar los resultados propuestos frente a las metas propuestas bajo la responsabilidad de esta Oficina, así como, dar línea o criterios para las demás dependencias, por ser segunda línea de defensa para todos.

8. FECHA: 31-12-2024

9. FIRMA:

Asesor Profesional de Oficina de Control Interno.



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

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: ATENCIÓN AL USUARIO - SIAU	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: ➤ Aumentar la satisfacción del usuario para logro de su fidelización			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS	
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Mantener en el 90% la satisfacción global de los usuarios de la IPS	(Total de Usuarios Encuestados - Número de Usuarios Satisfechos) x 100	98%	Se cumple con la meta
Ejecutar en un 80% el plan de acción propuesto para el programa de humanización.	\square (Actividades Planificadas - Actividades Ejecutadas) x 100	100%	Se cumple con la meta
Ejecutar en 80% el plan de mejora de PQRS.	Acciones Planificadas - Acciones Implementadas) x 100	100%	Se cumple con la meta



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

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verifico el cumplimiento de las acciones establecidas con corte al cuarto trimestre de la vigencia de 2024.

Se observa que el área de Atención al Ciudadano SIAU, han cumplido al 100%, con todas las actividades establecidas en el POA 2024, lo que permite a través de las estrategias implementadas el desarrollo de los grupos de interés y la debida atención del entorno interno y externo.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Continuar con el avance de las actividades establecidas para asegurar una mejora continua de la institución, de tal manera que se garantice el cumplimiento total de las metas planteadas.

8. FECHA: 31-12-2024

9. FIRMA:

Asesor Profesional de la Oficina de Control Interno



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

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: RECURSOS FÍSICOS Y DEL AMBIENTE	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar estrategias que permitan el desarrollo de los grupos de interés y el cuidado del ambiente. 			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Certificar la implementación del Plan de Gestión del Riesgo Hospitalario	Acciones Planificadas Acciones Implementadas)x100	100%	Se cumple con la meta
Disminuir la huella de carbono en 5 anual medida con la calculadora ambiental dptal implementando las líneas de acción (AGUA, ENERGIA, RESIDUOS)	Huella de Carbono Anterior Huella de Carbono Anterior-Huella de Carbono Actual)x100	100%	Se cumple con la meta



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

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verifico el cumplimiento de las acciones establecidas en la vigencia de 2024.

Se observa que el área de Recursos Físicos y del Ambiente, no cumplió con las metas propuestas, de acuerdo a las actividades programadas en el POA 2024, lo que genera alertamiento sobre la falta de gestión efectuada por el proceso.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para el 2024, se deben planear de manera coordinada con el área ambiental las actividades a realizar, proponiendo metas alcanzables en el tiempo y contando con los recursos para lograrlo.

8. FECHA: 31-12-2024

9. FIRMA:

Asesor Profesional de la Oficina de Control Interno



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

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: FINANCIERA	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: ➤ Lograr la sostenibilidad y competitividad de la ESE.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Recuperar el 20% de la cartera mayor a 360 días	Monto Total de Cartera > 360 Días Monto Recuperado de Cartera > 360 Días)x100	80%	Se cumple con la meta
Recuperar el 50% de la cartera establecida en presupuesto (corriente)	Monto Total de Cartera Presupuestada Monto Recuperado de Cartera Corriente)x100	75%	Se cumple con la meta



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

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verifico el cumplimiento de las acciones establecidas en la vigencia de 2024.

Se observó que el área Financiera, obtuvo un cumplimiento general del 78% de las actividades establecidas en el POA 2024, lo que no garantiza lograr la sostenibilidad de la ESE, en cuanto a la gestión de recuperación de cartera corriente del presupuesto de la vigencia.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se debe asegurar el cumplimiento de la ejecución de las acciones propuestas, se sugiere revisar con el proceso gestión financiera las metas que sean alcanzables y puedan ser ajustadas a medida que cambien sus circunstancias.

8. FECHA: 31-12-2024

9. FIRMA:

Líder Oficina de Control Interno



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

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: TALENTO HUMANO	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar las condiciones de seguridad y bienestar de los colaboradores maximizando sus capacidades generando innovación y crecimiento. 			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Lograr la certificación del 100% de las sedes en el sistema único de habilitación.	% Sedes certificadas	100%	Se cumple con la meta
Mantener por encima del 92% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	95%	Se cumple con la meta
Implementar en 80% el Plan de Mejoramiento de la Calidad-MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad.	% de cumplimiento del plan	100%	Se cumple con la meta
Aumentar en 1,20 la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior.	Promedio calificación autoevaluación	85%	Se evidencia la autoevaluación si en cumplimiento total
Implementar en 85% el plan de mejoramiento del sistema único de acreditación.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	90%	Se cumple con la meta
Implementar en 90 % el programa de seguridad del paciente.	Porcentaje implementación programa seguridad paciente.	100%	Se cumple con la meta



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

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verifico el cumplimiento de las acciones establecidas en la vigencia de 2024, toda vez que son los resultados que se tienen consolidados a la fecha de reporte del presente informe.

Se observa que el area de Talento Humano dio cumplimiento a las actividades indicadas en el POA en un 93%, sin embargo, en cuanto a SG- SST faltan acciones registradas en el plan de mejoramiento por cumplir que permitan mejorar las condiciones de seguridad y bienestar de los colaboradores maximizando sus capacidades generando innovación y crecimiento.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda cumplir con la totalidad de las actividades registradas en el Plan de mejoramiento de incidentes, accidentes y eventos de SST.

8. FECHA: 31-12-2024

9. FIRMA:

Asesor Profesional de la Oficina de Control Interno



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

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: JURIDICA		
2. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: ➤ Lograr la sostenibilidad y competitividad de la ESE.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Mantener al 100% las liquidaciones de los diferentes contratos dentro de los parámetros de la norma.	No. De contratos liquidados / Total de contratos a liquidar	100%	Se efectuó la liquidación de contratos dentro de los parámetros establecidos.



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

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verifico el cumplimiento de las acciones establecidas en la vigencia de 2024.

Se observó que el area Jurídica, liquida los contratos de la ESE, conforme la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos. El resultado del indicador es del 100%, sin embargo, se precisa que algunos contratos se encuentran vigentes, ya sea por prorrogas, adiciones entre otros, por lo tanto, no están aun liquidados.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Dar continuidad al cumplimiento de los procedimientos contractuales establecidos, rendición de informes oportunos y aplicación de la normatividad para lograr la sostenibilidad y competitividad de la ESE

8. FECHA: 25-03-2024

9. FIRMA:


Asesor Profesional de la Oficina de Control Interno



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

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: AREA DE ARCHIVO Y TICS	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: ➤ Lograr la sostenibilidad y competitividad de la ESE			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Realizar el 100% de las transferencias documentales programadas por procesos al archivo central.	No. De transferencias realizadas / Total de transferencias programadas	100%	Se cumplió con la meta propuesta
Lograr un avance del 60% del PETIC en la ESE.	No. De acciones ejecutadas / Total de acciones Programadas	80%	Se supero la meta propuesta del 60% a 65,2%, en observancia a las actividades desarrolladas del PETI



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

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verifico el cumplimiento de las acciones establecidas en la vigencia de 2024.

Se observó que el proceso de Gestión documental y de la información, cumplió al 90% las actividades registradas en el POA 2024, alcanzando el logro principal de la institución.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Continuar cumpliendo con la ejecución de las acciones de acuerdo con lo programado.

8. FECHA: 31-12-2024

9. FIRMA:

Asesor Profesional de la Oficina de Control Interno



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

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: EVALUACIÓN Y CONTROL		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar la prestación de servicios con estándares superiores de calidad mitigando los riesgos. 				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	
Diseñar programa de auditorías internas de acuerdo a dirección de control interno		Porcentaje de áreas o procesos auditados en relación con el total de áreas planificadas.	100%	El diseño del programa de auditorías internas se realizó alineado con las políticas de control interno establecidas por la institución.
Realizar seguimiento a plan de mejora de auditorías internas y externas		Porcentaje de auditorías realizadas de acuerdo con el cronograma establecido.	100%	Se alcanzó un 100% de implementación de acciones de mejora, lo que demuestra una disposición positiva de las áreas a corregir los hallazgos de auditoría.
Diseñar informe de cierre al programa de auditorías de la institución		Porcentaje de recomendaciones de auditoría implementadas dentro del período establecido.	100%	El informe recibió una calificación promedio de satisfacción de 4.5 sobre 5 por parte de los responsables de las áreas auditadas, evidenciando que el formato y la claridad del informe fueron bien recibidos. Los hallazgos fueron descritos de tal manera que se



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

			fomentó la aplicación de las recomendaciones y se promovió un ambiente de transparencia y mejora continua.
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
<p>La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verifico el cumplimiento de las acciones establecidas en la vigencia de 2024.</p> <p>Se observa el cumplimiento a la mejora de la prestación de servicios con estándares superiores de calidad mitigando los riesgos.</p>			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
<p>Continuar con las acciones pertinentes a fin de alcanzar los resultados propuestos, para el 2025 toda vez que, aunque se requiere aumentar los porcentajes históricos, es necesario ser realistas y proponer metas alcanzables.</p>			
8. FECHA: 31-12-2024			
9. FIRMA:			
 Asesor Profesional de Oficina de Control Interno			



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

1. ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: AREA AMBULATORIA, AREA DE URGENCIAS Y AREA HOSPITALARIA	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar la prestación de servicios con estándares superiores de calidad mitigando los riesgos 			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO O (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Implementar en 90 % el programa de seguridad del paciente.	Porcentaje implementación programa seguridad paciente.	93%	Estructura de seguimiento plan de acción seguridad del paciente, soportes de ejecución
Mantener en 25% el tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momento de curso de vida.	% población de 0 a 69 años con tamizaje para salud oral.	25%	Informe de tamización de salud oral -RIPS-Base de datos odontología
Mantener por encima de 80% los tratamientos terminados en pacientes con tamizaje durante la vigencia.	% población de infancia y niñez sin caries	64%	Informe de tamización de salud oral -RIPS-Base de datos odontología
Reducir en 5% la prevalencia de caries en primera infancia, infancia y adolescencia.	% de población con tamizaje para diabetes.	36%	Informe de tamización de salud oral -RIPS-Base de datos odontología
Tamizar el 25% de la población objeto con riesgo para diabetes mayor de 19 a 69 años con sitio de atención ESE Hospital San Antonio de Sesquilé	% de población canalizada con riesgo de diabetes.	25%	Informe de tamización de salud oral -RIPS-Base de datos odontología
Mantener la canalización de 80% de la población, mayor de	Proporción de pacientes	96%	Informe tamizaje en pacientes entre 19y



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

19 a 69 años con riesgo de diabetes, con sitio de atención ESE Hospital San Antonio de Sesquilé	diabéticos controlados		69 años para DM, tes de FINDRISH y/o glucosa
Mantener controlados a 40 % de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.	% de población con tamizaje para hipertensión.	39%	Informe sobre canalización efectiva a pacientes entre 18 y 69 años para DM, Kardex.
Tamizar el 25% de la población objeto con riesgo para hipertensión de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención ESE Hospital San Antonio de Sesquilé	% de población canalizada con riesgo de hipertensión	25%	Historias clínicas, RIPS, test findirsh
Mantener en un 80% la canalización de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de hipertensión, con sitio de atención ESE Hospital San Antonio de Sesquilé	Proporción de pacientes hipertensos controlados	85%	Informe sobre canalización efectiva a pacientes entre 18 y 69 años para DM, Kardex.
Mantener controlados al 80 % de los pacientes diagnosticados con hipertensión.	Porcentaje de mujeres con tamizaje para cáncer de mama.	48%	Informe sobre canalización efectiva a pacientes entre 18 y 69 años para DM, Kardex.
Aumentar en 70% tamizaje de cáncer de mama al 35 % de las mujeres entre 50 - 69 años, con mamografía bienal.	Porcentaje de mujeres con tamizaje de cuello uterino con ADN VPH:	0.15%	Informe de seguimiento a la demanda inducida
Realizar tamizaje para cáncer cuello uterino al 70% de las mujeres de 30 a 65 años con prueba de ADN-VPH.	Porcentaje de mujeres con tamizaje de cuello uterino con CCV.	9%	Informe de seguimiento a la demanda inducida
Realizar tamizaje para cáncer cuello uterino al 70% de las mujeres de 25 a 29 años con citología cérvico uterina.	Exámenes de antígeno prostático.	3.3%	Informe de seguimiento
Realizar tamizaje para cáncer de próstata al 55% de los hombres de 50 y 75 años, con	Porcentaje de gestantes captadas antes	66.5%	Informe de seguimiento



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

antígeno prostático.	de la semana 10 a control prenatal.		
Lograr un 85% la Proporción de gestantes captadas antes de la semana 10 al control prenatal en la ESE Hospital San Antonio de Sesquilé	Proporción de mujeres con más de 4 controles prenatales	73%	Informe de seguimiento a gestantes captadas
Mantener en 80% la Proporción de gestantes con mínimo cuatro controles prenatales (mínimo 1 en cada trimestre).	% de cumplimiento	100%	Informe de seguimiento a gestantes, Kardex de gestantes
Ejecutar en un 100% el plan de acción de morbilidad materna extrema	No. De casos de sífilis congénita	100%	Informe de seguimiento y evidencia de ejecución del plan de acción de morbilidad materna
Mantener los casos la incidencia de Sífilis Congénita.	Porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos	0	Registro de seguimiento en Historia clínica y respectivo informe con las acciones realizadas
Aumentar en 25% el uso de métodos anticonceptivos modernos, en mujeres con vida sexual activa entre 13 y 49 años.	Porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos	12%	Registro de consultas de joven
Desarrollar el 100% de las acciones de los planes de prevención de conducta suicida, violencias y prevención y control de oferta de consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo con sus competencias.	% de cumplimiento	100%	Estructura de seguimiento a plan de trabajo de salud mental y soportes de ejecución
Aumentar a 85% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.	Prevalencia lactancia materna	81%	Estructura de seguimiento a lactancia materna
Mantener en 10 puntos % la prevalencia de desnutrición	Prevalencia de desnutrición	25%	Reporte de MANGO



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

aguda.	aguda		
Mantener en el 0% la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.	Proporción de bajo peso al nacer.	25%	Reporte de MANGO
Alcanzar coberturas útiles de vacunación al 95% en niños y niñas menores de 12 meses con tercera dosis de pentavalente	% de niños menores de 12 meses vacunados con 3° dosis de pentavalente.	99%	Informe de jornada de vacunación
Alcanzar del 95% coberturas útiles de vacunación al 95% en niños de 12 a 23 meses con la primera dosis de triple viral.	% de niños de 12 a 23 meses vacunados con primera dosis de triple viral.	99%	Informe de jornada de vacunación
Alcanzar el 95% coberturas útiles de vacunación al 95%, de niños de 5 años con segundo refuerzo de DPT	% de niños de 5 años con segundo refuerzo de DPT	99%	Informe de jornada de vacunación
Ejecutar en 80% el plan de mejora de PQRS.	Ejecución del plan de PQRS	100%	Plan de mejora PQRS, evidencias de ejecución
Mantener en un 80% la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	% de adherencia a GPC	87%	Informe de auditoría de historias clínicas
Mantener en un 90% la adherencia a las guías de práctica clínica de hipertensión.	% de adherencia a GPC	92%	Informe de auditoría de historias clínicas
Cumplir en 80% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas.	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	100%	Programa de auditorías internas



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

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno en su rol evaluador y de seguimiento, verifico el cumplimiento de las acciones establecidas en la vigencia de 2024.

Se observa que el 72% equivalente a las actividades propuestas no lograron alcanzar las metas propuestas, lo que genera alertamiento en la gestión adelantada en el área misional, sin embargo, también se debe tener en cuenta que estos resultados en su mayoría dependen de la población que ingresa para la prestación de los servicios. No obstante, se requiere validar la información suministrada por los procesos en mesas de trabajo coordinadas con el área de Calidad.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda a cada líder de proceso misional revisar cada una de las actividades que no alcanzaron la meta propuesta en el POA, realizar seguimiento y analizar las posibles causas que generaron el no cumplir con el 100% de las actividades indicadas.

Se precisa que se reporte al área de Calidad las posibles causas identificadas para que sean tenidas en cuenta en el momento de la formulación de las actividades POA vigencia 2024.

8. FECHA: 31-12-2024

9. FIRMA:

Asesor Profesional de Oficina de Control Interno