



112-33-048

El Cerrito, 10 de septiembre de 2025

Doctora
CAROLINA CASTRO NARANJO
Gerente
Hospital San Rafael E.S.E.
Presente

ASUNTO: INFORME POR DEPENDENCIAS SEGUNDO TRIMESTRE 2025

La Oficina Asesora de Control Interno presenta los resultados de la evaluación por dependencias correspondiente al primer y segundo trimestre del año 2025, en cumplimiento de sus funciones. De acuerdo con el artículo 2.2.21.4.9 del Decreto 648 de 2016, los Jefes de Control Interno deben presentar informes sobre la gestión institucional, según lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004.

En este ejercicio se pretende entregar un resultado a partir de la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en el plan de desarrollo durante el primer semestre de 2025; verificando el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados.

A continuación se detallan los resultados de la evaluación de las líneas estratégicas aprobadas y las áreas responsables de la implementación y del cumplimiento de metas, el cual fue concertado en reunión con la jefe de la oficina de Planeación; donde se evaluaron las evidencias entregadas y se solicitaron algunas explicaciones.

PROGRAMA	META RESULTADO	NOMBRE DEL INDICADOR	RESPONSABLE	OBSERVACIONES	RESULTADO META 1er TRIMESTRE	RESULTADO META 2do TRIMESTRE	RESULTADO TOTAL AÑO 2025
1.1 Ampliación de la cobertura de servicios de atención primaria preventiva	Aumentar en un 20% la cantidad de personas atendidas en programas preventivos	Porcentaje de la población atendida en programas preventivos	Coordinadora PYMS	30/4/25 se cumple con la meta del Plan de desarrollo, según informes enviado por la líder de PYMS	128%	129%	129%
1.2 Fortalecimiento de programas de promoción de estilos de vida saludables	Reducir en un 15% los índices de enfermedades relacionadas con	Índices de enfermedades relacionadas con estilos de vida	Coordinadora PYMS	30/4/25 Sin información a la fecha 30/6/25 Sin información a la fecha	0%	0%	0%



	estilos de vida no saludables.						
1.3 Capacitación continua del personal en atención primaria	Lograr que un 90% del personal esté capacitado en temas de atención primaria.	Porcentaje del personal capacitado en atención primaria	Coordinadora Medica/Subgerencia Científica	Se cuenta con el plan de capacitaciones y la ejecución a la fecha del área asistencial.	100%	100%	100%
1.4 Fortalecimiento de la atención primaria en salud con la estrategia ABS	Constituir dos (2) equipos ABS	Constituir 2 equipos ABS	Subgerencia Científica	30/4/25 Se crearon 16 equipos: 6 rurales y 10 urbanos, ya están creados en la página de PISIS, Se inicia en enero/25 la prestación del servicio donde se contrató personal para desarrollar este programa	100%	100%	100%
1.5 Gestión para el desarrollo del Programa de Intervenciones Colectivas	Prestar servicios básicos complementarios	Ejecución actividades del programa de intervenciones colectivas	Gerencia	La Dra. Johana Zúñiga se contrataron 28 actividades, de las cuales 2 fueron devueltas por la secretaria pero se radicarón nuevamente. (Realizar apoyo logístico y de talento humano para la realización de encuestas de cobertura de acuerdo a los lineamientos del ministerio de Salud y las necesidades de la institución.) y (disminuir los riesgos hacia la comunidad rural en cuanto a los efectos de EDA por consumo de agua no potable bajo la estrategia "consumo agua segura")	100%	100%	100%
1.6 Fortalecimiento de los Programas de la Mujer y la Infancia	Mantenimiento del Certificado de la iniciativa IAMI	Certificado Consultorio IAMI	Coordinadora PYMS	30/4/25 Se continúan con las actividades de este programa, se presentan en el comité AIEMI	100%	100%	100%
	Mantenimiento y mejoramiento del Programa AIEPI	Certificado Consultorio AIEPI	Coordinadora PYMS	30/4/25 Se continúan con las actividades de este programa, se presentan en el comité AIEPI	100%	100%	100%
2.1 Implementación de un modelo de atención integral que aborde la complementariedad	Prestar servicios básicos complementarios	Incrementar un servicio complementario adicional	Coordinadora Medica/Subgerencia Científica	La secretaria de salud no autoriza especialidades para nivel I. se están realizando jornada de especialistas por parte de la secretaria de Salud Dptal. Se debe ajustar por Junta Directiva	0%	0%	0%
2.2 Fortalecimiento de la seguridad del paciente y la calidad de los servicios prestados.	Gestionar en un 100% los incidentes y eventos adversos.	Gestionar el evento adverso	Coordinadora Medica	30/4/25 La líder del programa de seguridad del paciente, realiza el análisis y presenta en comité, se reciben en el área de planeación mensualmente las actas de seguridad del paciente.30/6/25 Se presenta en comité los casos de eventos adversos reportados.	100%	100%	100%
2.3 Fomento de una atención humanizada, centrada en las necesidades de los usuarios.	Lograr que el 70% de los pacientes encuestados califiquen la atención como humanizada.	Lograr que los pacientes califiquen la atención como humanizada	Subgerencia Científica/SIAU	30/4/24 se recibe por parte de la líder del SIAU informe de satisfacción del usuario mensualmente, igualmente las actas del comité de Ética.	90%		90%
2.4 Implementar la Política de Participación Social en Salud.	Lograr el cumplimiento del 90% del Plan de Acción de la PPSS	Implementación de la Política de participación social en salud	Subgerente Administrativo y Financiero/SIAU	30/4/25 Se actualizó el plan de Acción del 2025 y se reporta a la Supersalud oportunamente. 30/6/25 sin información	20%		20%



2.5 Implementación del Sistema Único de Acreditación en salud	Obtener la Acreditación Institucional de calidad	Certificado de Acreditación	Calidad	30/4/25 en el 2024 se hizo la autoevaluación, en abril se continuó con el proceso de acreditación. 30/6/25 En el mes de abril 2025 se revisaron los compromisos y se definieron los responsables de cada grupo de estándares de acreditación y de los ejes transversales de acreditación. En el mes de mayo 2025 se presenta la Resolución No. 038 de abril de 2025, por medio de la cual se deroga la Resolución 135 de 23 de octubre de 2024 y se reconstituyen los equipos institucionales de preparación para la Acreditación en la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de El Cerrito, valle del cauca. Se precisaron los integrantes de cada equipo según el cargo de planta desempeñado o las obligaciones contractuales para los de prestación de servicios. Se detallaron las responsabilidades del Líder de cada Equipo Institucional para la preparación para la Acreditación, las funciones del Secretario de cada Equipo y las de los participantes en cada Equipo.	30%	35%	33%
3.1 Diseñar e implementar programas de formación y capacitación continua.	Lograr que el 100% del personal reciba educación continua	Implementar programa de capacitaciones	Talento Humano	30/4/25, se cuenta con capacitaciones en las áreas de SST y el área asistencial. 30/6/25 Se realizó plan de capacitaciones.	33%	33%	33%
3.2 Promover una cultura organizacional que valore la formación y el aprendizaje continuo como pilares fundamentales de la excelencia.	Satisfacción del 100% del personal con las oportunidades de educación continua recibida.	Satisfacción del personal con la oportunidad de capacitación	Talento Humano	9/24 Sin información a la fecha, no se ha realizado encuesta de satisfacción.	0%	0%	0%
4.1 Implementación de un sistema de gestión ambiental bajo los lineamientos de la Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables	Lograr la certificación de Hospitales Verdes reconocida a nivel nacional o internacional, como evidencia del compromiso y los resultados obtenidos	Certificación Hospital Verde	Gerencia	30/04/2025, Se realizó plan de acción para el desarrollo del programa. 30/6/25. Se está trabajando en el plan de acción, se debe invertir recursos financieros para cumplir con este programa, para adquirir insumos amigables con el medio ambiente.	10%	0%	5%
4.2 Desarrollo de programas de educación y sensibilización ambiental para el personal y la comunidad	Capacitar al 100% del personal en temas de gestión ambiental y responsabilidad social	Personal capacitados en gestión ambiental	Talento Humano	30/04/2025. Se programó capacitación sobre este tema para el 2025 30/6/25 Sin información.	0%	0%	0%



4.3 Implementación de estrategias para la eficiencia energética, gestión de residuos y uso eficiente de recursos.	Reducir en un 25% el consumo de energía y mejorar la gestión integral de residuos.	Reducir el consumo de energía en la gestión integral de residuos	Subgerencia administrativa y financiera/ todo el personal	30/04/2025 El consumo energía respecto al año 2024 disminuyó el consumo en un 6%, sin embargo, sobre la línea base no se ha logrado. 30/6/25 En el primer trimestre se redujo el consumo de energía con respecto al año pasado en 560 kv. Para el segundo trimestre se redujo el consumo de energía con respecto al año pasado en 293 kv. La gestión de residuos se está realizando con la clasificación de los mismos, capacitando al personal sobre código de colores para la separación de residuos desde el área de SST.	-0,3%	-3%	-2%
4.4 Actualizar y desarrollar el PEGIRASA de acuerdo con normatividad vigente	Actualizar y desarrollar el 100% del programa	PEGIRASA actualizado según normatividad vigente	Subgerencia Administrativa y Financiera/Líder Ambiental	30/04/2025 se está trabajando en la actualización. 30/4/25 En el primer cuatrimestre se han realizado las siguientes actividades: Rendición de Seguimiento de Generador a la Gestión Interna de Residuos - UES - Gobernación del Valle Reunión Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario GAGAS. Rendición de Informe RESPEL Hospital San Rafael ESE, Santa Elena y el Placer - Ideam - CVCA atención de visita de autoridad ambiental Acompañamiento a laboratorio acreditado por el Ideam para propuesta de caracterización de vertimientos líquidos. Acompañamiento a empresa de control de plagas para propuesta de control de vectores y roedores.	20%	60%	40%
5.1 Implementación de un modelo de gestión que integre la práctica clínica, la educación y la investigación.	Lograr que el 100% de los servicios clínicos estén Integrados con actividades de educación e investigación	Integralidad de los servicios clínicos con las actividades de investigación	Subgerencia Científica/Coordinación médica	30/4/25 se hace en comité de docencia asistencial reunión con la universidad del valle para coordinar el observatorio en salud mental y actividades de humanización del servicio. 30/6/25 Se está desarrollando investigación con 5 pacientes en salud mental, en convenio con la universidad San Buenaventura.	33%	50%	42%
5.2 Desarrollo de programas de formación continua para el personal asistencial.	Capacitar al 100% del personal en temas asistenciales, de investigación e innovación.	Capacitación al personal en temas asistenciales, de investigación e innovación	Subgerencia Científica/coordinación médica	30/4/25, se continúan con las capacitaciones al personal asistencial. 30/6/25 se continúan con las capacitaciones al personal asistencial, por parte de la Coordinadora Médica, Líder programa Salud Mental y Seguridad del Paciente.	33%	50%	42%
5.3 Gestión de la Docencia - Servicio	Implementar Convenios de Cooperación Académica con Instituciones Educativas de la región	Convenios de cooperación Académica con Instituciones Educativas	Gerencia y Subgerencia Científica	30/4/25 Se firmó convenio con la universidad del Valle año vigencia 2024 a 2034. 30/6/25 A la fecha se cuenta cumplida la meta de contar con 5 contratos docencia asistencial	100%	100%	100%
6. Fortalecimiento de Políticas Administrativas y Financieras	6.1 Aumentar el porcentaje de recaudo de los servicios prestados frente a la radicación o reconocimiento de los servicios.	Incrementar el porcentaje de recaudo de los servicios prestados frente a la radicación o reconocimiento de servicios	Subgerencia Administrativa y Financiera/Líder de Facturación	30/04/2025, para el trimestre 2025 comparado con el 2024 se ha mejorado en un 4% en el 2025 se recaudó \$2.380.717.650 y en el 2024 \$2.275.484.847. 30/6/25 Sin información de este trimestre.	4%	0%	2%



	6.2 Implementar procesos para la disminución de los errores de facturación por problemas en la codificación de los procedimientos realizados por los profesionales de la salud.	Implementar procesos para disminución de errores en facturación por problemas de codificación	Subgerencia Administrativa y Financiera/Líder de Facturación	30/4/25 Se están creando los manuales de actividades para el área de facturación, radicación por parte del jefe de facturación.Se hizo redistribución de cargas y de personal para mejorar el proceso.Se está haciendo un mayor seguimiento a la radicación de facturasSe está haciendo seguimiento a los conceptos de devolución y glosas para disminuir las causas que las originan.30/6/25 Sin información de este trimestre.	0%	0%	0%
	6.3 Radicar el 100% la facturación de los servicios prestados por la institución	Radicación de facturación por servicios prestados	Subgerencia Administrativa y Financiera/Facturación/sistemas/coordinación medica	30/04/2025 se está presentando el inconveniente del reporte del nuevo software, en abril no se ha facturado aún. 30/6/25 Sin información de este trimestre.	70%	0%	35%
	6.4 Disminuir el porcentaje de Glosas en el cuatrienio	Disminuir porcentaje de glosas	Subgerencia Administrativa y Financiera/Facturación/sistemas/coordinación medica	30/04/2025 al trimestre se recibió \$152.446.071 en glosa, se logra recuperar \$59.447.277 para un 39% de recuperación, teniendo en cuenta que la mayoría de glosas son por mayor valor en las tarifas. 30/6/25 Sin información de este trimestre.	39%	0%	20%
	6.5 Actualización y adaptación estricta del Manual de Políticas Contables	Actualización y adaptación del Manual de políticas contables	Subdirección Administrativa y Financiera/Contador	30/4/25 El manual de políticas contables no se ajusta a las necesidades de nuestra institución, se requiere una revisión para ajustarlo. 30/6/25 Sin información de este semestre.	0%	0%	0%
	6.6 Depuración de cuentas por cobrar a través de la conciliación permanente de la cartera	Conciliación de cartera	Subgerencia Administrativa y Financiera/Líder de Cartera	30/04/2025 Se está trabajando con las EPS por medio de la circular 030/13 para depurar la parte contable. Y dejar la cartera real. Se solicita al encargado generar valores para poder definir el % de cumplimiento. 30/6/25 Sin información de este trimestre.	0%	0%	0%
	6.7 Mejorar el equilibrio financiero durante el período de gerencia		Sugerencia Administrativa y Financiera/Gerencia	30/04/2025 Actualmente el Hospital está catalogado SIN RIESGO financiero. A la fecha se está reportando información del primer trimestre 2025 en la plataforma del SIHO	0%	0%	0%
7.1 Fortalecer el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), para actualizar la gestión de los procesos institucionales.	Cumplir el 85% de las políticas de MIPG	Fortalecer el modelo integrado de planeación y gestión para actualizar procesos institucionales	Planeación	30/4/25, se continua con el desarrollo de las políticas y actualizando los planes de acción. 30/6/25 Se enviaron las políticas de Política Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público al asesor Financiero para su VoBo y la política de Mejora normativa que no existían en el Hospital. (esperando el VoBo)	80%	80%	80%
7.2 Mejoramiento de la Gestión Documental	Cumplir con el 100% de los objetivos específicos del Plan Institucional de Archivos	Implementar mejoramiento de Gestión Documental	Subgerencia Administrativa y Financiera/Gestión Documental	30/4/25 Se solicita asistencia técnica a la Alcaldía sobre archivo, la cual está programada para mayo/2528/5/25, no se hace asistencia técnica, se solicita igualmente información de avance.30/6/2025 Se recibió asistencia técnica por parte de la funcionaria de Gestión Documental de la Alcaldía el día 17 y 18 de junio/25Se revisan los objetivos del PINAR que son 7, de los cuales 5 objetivos se han cumplido al 100% y se está gestionando dos de ellos.	50%	84.37 %	50%



7.3 Gestión Jurídica	Verificar y actualizar los Estatutos del Hospital. (Interno)	Actualización de Estatutos	Asesor Jurídico/subgerencia administrativa	30/4/25 Sin información a la fecha 30/6/25 Sin información a la fecha	0%	0%	0%
	Saneamiento de Contratos	Saneamiento de contratos	Asesor Jurídico/subgerencia administrativa	30/04/2025 En total se ejecutaron 668 contratos liquidados se encuentran 663, es decir, el 99.2%, pendiente 5 personas que se retiraron y no vinieron a firmar la liquidación del contrato. 30/6/25 pendiente sacar indicador, la mayoría de los contratos vencieron en junio/25.	99.2%	0%	0%
7.4 Modernización, mantenimiento y metrología de Equipos Biomédicos	Formular y radicar un proyecto para mejorar la dotación tecnológica biomédica	Proyectos Biomédicos	Planeación/Subgerencia Administración	30/4/25 se radico proyecto para equipos biomédicos según adjudicación por parte de la Gobernación de 300 millones 30/6/25, Se radicó en físico en la gobernación con todos los soportes requeridos el 2/7/25.	100%	100%	100%
7.5 Gestión de la Infraestructura Física	Formular y radicar cuatro proyectos para adecuación y mejoramiento de cuatro puestos de salud rurales		Planeación/Subgerencia Administración	Se cuenta con documento Técnico de aceptación de los puestos de salud de: El Pomo, Aují y el Castillo, en espera de aprobación por parte de la Secretaría de Salud Dptal de Tenerife y Carrizal. Se envió radicación virtual nuevamente del Puesto de Salud de Carrizal con los ajustes requeridos.	100%	100%	100%
7.6 Gestión de Equipos Industriales	Formular y radicar un proyecto para adquisición de una planta eléctrica		Planeación/Subgerencia Administración	30/6/25 pendiente hacer los cambios sugeridos por el ministerio.	0%	0%	0%
7.7 Actualización de los procesos organizacionales.	Actualizar y estandarizar procesos Estratégicos		Calidad	30/4/25 Se continúa con el proceso de Acreditación y con la normalización de documentos de las diferentes áreas para garantizar el proceso. 30/06/25 Se continúa con el proceso de Acreditación y con la normalización de documentos de las diferentes áreas para garantizar el proceso.	30%	50%	40%
	Actualizar y estandarizar procesos Misionales		Calidad	30/4/25 Se continúa con el proceso de Acreditación y con la normalización de documentos de las diferentes áreas para garantizar el proceso. 30/06/25 Se continúa con el proceso de Acreditación y con la normalización de documentos de las diferentes áreas para garantizar el proceso.	30%	35%	33%
	Actualizar y estandarizar procesos de Apoyo		Calidad	30/4/25 Se continúa con el proceso de Acreditación y con la normalización de documentos de las diferentes áreas para garantizar el proceso. 30/06/25 Se continúa con el proceso de Acreditación y con la normalización de documentos de las diferentes áreas para garantizar el proceso.	30%	35%	33%
	Actualizar y estandarizar procesos evaluativos		Calidad	30/4/25 Se continúa con el proceso de Acreditación y con la normalización de documentos de las diferentes áreas para garantizar el proceso. 30/06/25 Se continúa con el proceso de Acreditación y con la normalización de documentos de las diferentes áreas para garantizar el proceso.	30%	30%	30%



8.1 Definir estrategias para mejorar el clima laboral	Mejorar en un 90% el clima laboral	Medición del clima laboral	Gerencia/Subgerencia Administrativa y Financiera	30/4/25, se realizó el diagnóstico de cultura organizacional y la aplicación del instrumento para evaluar la cultura organizacional este año. Y se generaran las acciones de mejora para implementar el cumplimiento de la dimensión de talento humano de acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 30/6/25 Se realizaron por parte de área administrativa las siguientes actividades de integración en este semestre como son: Celebración del día de la mujer, día del hombre, día de la enfermera, día del trabajo y día de la madre. Celebración de cumpleaños entre compañeros.	10%	10%	10%
8.2 Consolidar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Cumplir el 100% del SG SST	Cumplir con los estándares de SGSST	Especialista en SST/ Subgerencia Administrativa y Financiera	30/4/25, Se realizan actividades de acuerdo con el plan de trabajo planteado a comienzo de año. Se espera tener el recurso financiero para cumplir con los exámenes médicos laborales, la batería de riesgo psicosocial y las mediciones ambientales para llegar al 100%. 30/6/25 Se encuentra en proceso de acuerdo con el plan de trabajo.	98%	98%	98%

Recordando, que frente a las Oficinas de Control Interno el artículo 9° de la Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”, señala que le corresponderá a dicha Oficina, asesorar a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, se recomienda que se sigan realizando como hasta ahora se ha hecho en la gran mayoría las reuniones periódicas de los comités donde se rinda informe de las actividades realizadas y los planes a seguir para dar cabal cumplimiento a los planes de acción.

Agradeciendo su colaboración,

Atentamente,

SANDRA CIFUENTES ESCOBAR
Jefe Oficina Asesora de Control Interno
Hospital San Rafael E.S.E.

c.c. Dra. Yolanda Perlaza Calle-Jefe Oficina Asesora de Planeación
Dr. Sandor Murcia Acosta-Subgerente Administrativo y Financiero
Dr. Carlos Arturo Rubiano Vinuesa-Subgerente Científico