



Hospital San Rafael E. S. E.  
El Cerrito – Valle del Cauca  
NIT. 891.380.103-2

**HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E.**

EL CERRITO

VALLE DEL CAUCA

**INFORME DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS – VIGENCIA 2025**

LINA PAOLA GARCIA GARCIA  
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

EL CERRITO, VALLE DEL CAUCA  
MARZO 26 DE 2025



## INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Control Interno del Hospital San Rafael E.S.E. presenta el Informe de Evaluación de Gestión por Dependencias correspondiente a la vigencia 2025, en cumplimiento de las funciones de evaluación independiente y seguimiento a la gestión institucional.

El presente informe se elabora en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, el artículo 39 de la Ley 909 de 2004 y demás normas reglamentarias vigentes, de conformidad con los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

La Evaluación de Gestión por Dependencias constituye un componente de la Evaluación del Desempeño Laboral Individual y tiene como propósito promover y fortalecer el trabajo en equipo mediante la valoración del cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

## MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia, artículos 209 y 269
- 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”.
- Ley 909 de 2004, “Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, la gerencia pública y se dictan otras disposiciones”.
- Circular 04 de 2005, “Evaluación institucional por dependencias en cumplimiento de la Ley 909 de 2004”.

## OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales y los compromisos asociados a los procesos del Hospital San Rafael E.S.E., correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

## ALCANCE

El presente informe comprende la evaluación de los procesos y dependencias del Hospital San Rafael E.S.E. durante la vigencia 2025, con base en la información suministrada por las áreas responsables y los sistemas institucionales de planeación, seguimiento y control.

## METODOLOGÍA

Para la elaboración del informe se utilizaron como insumos principales:

- Información suministrada por la jefe de planeación subproceso de Planeación respecto al cumplimiento del Plan de Desarrollo – Plan Operativo Anual
- Resultados de la medición del desempeño institucional a través del Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión – FURAG.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Resultado consolidado de la evaluación realizada a los procesos del Hospital San Rafael, correspondiente a la vigencia 2025.



### **Resultado consolidado evaluación Plan de Desarrollo – Plan Operativo Anual 2025**

El cuadro presenta los resultados de la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en el Plan de Desarrollo, correspondiente a la vigencia 2025, a partir de la verificación del cumplimiento de las metas programadas y los resultados alcanzados por la entidad.

Metas del Plan Operativo Anual de la vigencia 2025.

<b>Número total de metas programadas en el Plan Operativo Anual (POA) para la vigencia 2025</b>	<b>Número de metas cumplidas durante la vigencia 2025.</b>	<b>Estado de cumplimiento de cada una de las metas, indicando de manera explícita si la meta fue Cumplida (Sí) o No Cumplida (No).</b>	<b>Cálculo del indicador de cumplimiento, correspondiente a la relación entre número de metas cumplidas frente al número total de metas programadas para vigencia 2025</b>
34	34	SI	100%

<b>Estado de cumplimiento de cada una de las metas, indicando de manera explícita si la meta fue Cumplida (Sí) o No Cumplida (No).</b>				
<b>Objetivo Estratégico</b>	<b>Nombre Del Programa</b>	<b>Actividad</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>% de cumplimiento</b>
Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud	Ampliación de la cobertura de servicios de atención primaria preventiva	Aumentar en un 20% la cantidad de personas atendidas en programas preventivos	SI	100%
Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud	Fortalecimiento de programas de promoción de estilos de vida saludables	Evaluar la aplicación de guía de manejo específica: guía de atención de enfermedad hipertensiva	SI	100%



Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud	Capacitación continua del personal en atención primaria	Lograr que un 90% del personal esté capacitado en temas de atención primaria.	SI	100%
Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud	Fortalecimiento de la atención primaria en salud con la estrategia ABS	Constituir dos (2) equipos ABS	SI	100%
Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud	Gestión para el desarrollo del Programa de Intervenciones Colectivas	Ejecución del 100% de las actividades contratadas	SI	100%
Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud	Fortalecimiento de los Programas de la Mujer y la Infancia	Mantenimiento del Certificado de la iniciativa IAMI (sala IAMI)	SI	100%
Modelo de Salud Integral, seguro y humanizado	Implementación de un modelo de atención integral que aborde la complementariedad	Prestar servicios básicos complementarios	SI	100%
Modelo de Salud Integral, seguro y humanizado	Fortalecimiento de la seguridad del paciente y la calidad de los servicios prestados.	Gestionar en un 100% los incidentes y eventos adversos.	SI	100%
Modelo de Salud Integral, seguro y humanizado	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.	SI	100%
Modelo de Salud Integral, seguro y humanizado	Implementar la Política de Participación Social en Salud.	Lograr el cumplimiento del 90% del Plan de Acción de la PPSS	SI	100%



Modelo de Salud Integral, seguro y humanizado	Implementación del Sistema Único de Acreditación en salud	lograr mejorar la calidad de la atención del cliente con el apoyo de la gobernación desarrollando estándares óptimos y factibles de alcanzar	SI	100%
Formar y capacitar el talento humano del Hospital y de los diferentes grupos de valor para una atención integral de excelencia	Diseñar e implementar programas de formación y capacitación continua.	Lograr que el 100% del personal reciba educación continua	SI	100%
Formar y capacitar el talento humano del Hospital y de los diferentes grupos de valor para una atención integral de excelencia	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.	SI	100%
Responsabilidad Social y Gestión Ambiental	Implementación de un sistema de gestión ambiental bajo los lineamientos de la Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables	Lograr el reconocimiento como miembro activo de la red de hospitales verdes con la adscripción a dos objetivos reducción del consumo de energía e incremento de recursos hospitalarios aprovechables	SI	100%
Responsabilidad Social y Gestión Ambiental	Desarrollo de programas de educación y sensibilización ambiental para el	Capacitar al 100% del personal en temas de gestión ambiental y responsabilidad social	SI	100%



	personal y la comunidad			
Responsabilidad Social y Gestión Ambiental	Implementación de estrategias para la eficiencia energética, gestión de residuos y uso eficiente de recursos.	Reducir en un 5% el consumo de energía y mejorar la gestión integral de residuos.	SI	100%
Responsabilidad Social y Gestión Ambiental	Actualizar y desarrollar el PGRASA de acuerdo con normatividad vigente	Actualizar y desarrollar el 100% del programa	SI	100%
Fomentar la Integración de la Práctica Clínica, la Educación y la Investigación	Implementación de un modelo de gestión que integre la práctica clínica, la educación y la investigación.	Lograr que mínimo uno de los servicios clínicos esté Integrados con actividades de educación e investigación	SI	100%
Fomentar la Integración de la Práctica Clínica, la Educación y la Investigación	Gestión de la Docencia - Servicio	Implementar Convenios de Cooperación Académica con Instituciones Educativa de la región	SI	100%
Disponer de un adecuado y transparente manejo de los recursos que permitan la sostenibilidad financiera del Hospital	Aumentar el porcentaje de recaudo de los servicios prestados frente a la radicación o reconocimiento de los servicios.	Aumentar el porcentaje de recaudo de los servicios prestados frente a la radicación o reconocimiento de los servicios.	SI	100%



Disponer de un adecuado y transparente manejo de los recursos que permitan la sostenibilidad financiera del Hospital	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 la disminución de los errores de facturación por problemas en la codificación de los procedimientos realizados por los profesionales de la salud.	SI	100%
Disponer de un adecuado y transparente manejo de los recursos que permitan la sostenibilidad financiera del Hospital	Radicar el 100% la facturación de los servicios prestados por la institución	Radicar el 100% la facturación de los servicios prestados por la institución	SI	100%
Disponer de un adecuado y transparente manejo de los recursos que permitan la sostenibilidad financiera del Hospital	Mantener el porcentaje de Glosas en el cuatrienio	Mantener el porcentaje de Glosas en el cuatrienio	SI	100%
Disponer de un adecuado y transparente manejo de los recursos que permitan la sostenibilidad financiera del Hospital	Actualización y adaptación estricta del Manual de Políticas Contables	Actualización y adaptación estricta del Manual de Políticas Contables	SI	100%
Disponer de un adecuado y transparente manejo de los recursos que permitan la sostenibilidad financiera del Hospital	Depuración de cuentas por cobrar a través de la conciliación permanente de la cartera	Depuración de cuentas por cobrar a través de la conciliación permanente de la cartera	SI	100%



Disponer de un adecuado y transparente manejo de los recursos que permitan la sostenibilidad financiera del Hospital	Lograr el equilibrio financiero durante el período de gerencia	Lograr el equilibrio financiero durante el período de gerencia	SI	100%
Modernización Administrativa	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	SI	100%
Modernización Administrativa	Mejoramiento de la Gestión Documental	Cumplir con el 100% de los objetivos específicos del Plan Institucional de Archivos	SI	100%
Modernización Administrativa	Gestión Jurídica	Actualizar el manual de contratación e interventoría	SI	100%
Modernización Administrativa	Modernización, mantenimiento y metrología de Equipos Biomédicos	Formular y radicar un proyecto para mejorar la dotación tecnológica biomédica	SI	100%
Modernización Administrativa	Gestión de la Infraestructura Física	Formular y radicar cuatro proyectos para adecuación y mejoramiento de cuatro puestos de salud rurales	SI	100%
Modernización Administrativa	Actualización de los procesos organizacionales.	Actualizar y estandarizar procesos Estratégicos	SI	100%
Fortalecer el desarrollo del Talento Humano del Hospital	Definir estrategias para mejorar el clima laboral	Mejorar en un 90% el clima laboral	SI	100%
Fortalecer el desarrollo del Talento Humano del Hospital	Consolidar el Sistema de Gestión	Cumplir el 100% del SG SST	SI	100%



de Seguridad y  
Salud en el Trabajo

El informe de cumplimiento de metas del Plan Operativo Anual (POA) vigencia 2025 del Hospital San Rafael E.S.E. evidencia, en términos generales, un resultado altamente favorable al reportar un cumplimiento del 100% (34 de 34 metas), lo cual refleja una adecuada planeación institucional y una ejecución alineada con los objetivos estratégicos definidos. Las metas están distribuidas en diferentes objetivos estratégicos como fortalecimiento de la atención primaria en salud, modelo de atención integral, sostenibilidad financiera, responsabilidad social, modernización administrativa y desarrollo del talento humano, evidenciando que todas las actividades planteadas fueron ejecutadas y calificadas como cumplidas, manteniendo de manera uniforme un porcentaje de cumplimiento del 100% en cada una de ellas.

### **Resultado consolidado evaluación FURAG**

En el siguiente cuadro se presentan los resultados del Hospital San Rafael E.S.E. en la Medición del Desempeño Institucional a través del FURAG 2024, desagregados por dimensiones y por políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Esta información permite identificar el nivel de madurez institucional, las fortalezas en la gestión y las principales brechas que requieren acciones de mejora, constituyéndose en un insumo técnico.

### **RESULTADOS POR DIMENSIONES**

<b>INDICE DE LA DIMENSION</b>	<b>RESULTADO</b>
talento humano	53,9
dirección estratégica y planeación	79,0
gestión con valores para resultados	53,2
evaluación de resultados	43,1
información y comunicación	39,7
gestión del conocimiento	21,6
control interno	50,4
<b>Promedio</b>	<b>48,7</b>

### **RESULTADOS POR POLÍTICAS**

<b>INDICE DE LA POLITICA</b>	<b>RESULTADO</b>
planeación institucional	80,9
fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	78,3
compras y contratación pública	76,0
seguridad digital	68,3
talento humano	65,9
servicio a la ciudadanía	62,5
control interno	50,4
acceso a la información y lucha contra la corrupción	49,1



participación ciudadana	47,2
integridad	42,3
seguimiento y evaluación de desempeño institucional	42,1
gobierno digital	39,1
racionalización de tramites	29,4
gestión del conocimiento	21,6
gestión documental	20,8

De acuerdo con los resultados presentados en el cuadro, el Hospital San Rafael E.S.E. obtuvo un promedio general de 48,7 puntos en la medición FURAG 2024, lo que indica que la entidad se encuentra en un nivel de madurez institucional en desarrollo, con avances importantes, pero con brechas que deben ser atendidas.

En las dimensiones del MIPG, se evidencia un desempeño favorable en Direccionamiento Estratégico y Planeación, mientras que Gestión del Conocimiento, Información y Comunicación y Evaluación de Resultados presentan los niveles más bajos, lo que refleja debilidades en la sistematización del conocimiento, el manejo de la información y los procesos de seguimiento y evaluación.

En cuanto a las políticas de gestión y desempeño institucional, se destacan como fortalezas la Planeación Institucional, el Fortalecimiento Organizacional y la Contratación Pública; sin embargo, se identifican como políticas críticas la Racionalización de Trámites, la Gestión del Conocimiento y la Gestión Documental, las cuales requieren ser priorizadas en el plan de mejoramiento institucional.

## RECOMENDACIONES

Se realizó revisión técnica del informe de cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) correspondiente a la vigencia 2025, con el propósito de verificar la consistencia metodológica, coherencia estructural y validez del resultado reportado.

- 1. Estructura metodológica:** El POA presenta una estructura alineada con los lineamientos generales de planeación institucional, incorporando los siguientes elementos: número de metas programadas, metas cumplidas, estado de cumplimiento y cálculo del indicador global. Asimismo, desagrega la información por objetivos estratégicos, programas y actividades, lo cual permite identificar la trazabilidad entre la planeación y la ejecución.

No obstante, se evidencia que el enfoque de medición se basa predominantemente en una lógica de cumplimiento nominal, sustentada en variables dicotómicas (cumple/no cumple), lo cual limita la aplicación de metodologías más robustas de evaluación del desempeño, tales como análisis de eficacia, eficiencia y efectividad.

- 2. Consistencia en la medición del desempeño:** El informe reporta un cumplimiento del 100% (34 de 34 metas), resultado que, desde una perspectiva técnica, requiere ser analizado bajo criterios de:
  - Validez del indicador: el cálculo se realiza correctamente en términos aritméticos; sin embargo, la construcción del indicador no incorpora ponderaciones ni niveles de criticidad de las metas.



- Sensibilidad del instrumento de medición: la ausencia de escalas de medición (por ejemplo, rangos de avance) impide identificar desviaciones, rezagos o sobrecumplimientos.
- 3. Coherencia entre planeación estratégica y operativa:** Se observa articulación entre los objetivos estratégicos institucionales y las actividades formuladas en el POA, abarcando componentes misionales, administrativos y de apoyo. Sin embargo, desde el punto de vista técnico:
- No se identifican claramente líneas base ni metas cuantificables en todos los casos, lo cual dificulta medir el cambio generado.
  - Algunas metas presentan formulaciones amplias o abiertas, lo que puede dar lugar a interpretaciones subjetivas en su evaluación.
  - No se evidencia diferenciación entre indicadores de producto y de resultado, concentrándose principalmente en el cumplimiento de actividades.

Si bien, el informe presenta un resultado positivo en términos de cumplimiento de metas, se recomienda fortalecer la formulación de indicadores bajo criterios SMART, incorporar evidencias verificables, establecer mecanismos de seguimiento más rigurosos, incluir análisis de riesgos y desviaciones, y garantizar la consistencia entre lo planeado, ejecutado y reportado. Esto permitirá no solo validar la veracidad del cumplimiento reportado, sino también mejorar la calidad de la información para la toma de decisiones y el fortalecimiento del sistema de control interno institucional.

Adicionalmente, el informe presenta una uniformidad en el porcentaje de cumplimiento (100% en todas las actividades), lo que impide identificar desviaciones, riesgos materializados o acciones de mejora implementadas durante la vigencia.

Se recomienda a la Gerencia y a los responsables de los procesos institucionales que se definan, formalicen e implementen los indicadores de gestión y de resultado para cada proceso del Hospital San Rafael E.S.E., conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Sistema de Control Interno. En este sentido, se solicita a los líderes de proceso, con el acompañamiento de la Oficina de Planeación o Calidad, establecer la batería de indicadores de cumplimiento, metas, responsables y periodicidad de medición, garantizando su alineación con el Plan Estratégico, el Plan de Acción institucional y los objetivos misionales del hospital.

La Oficina Asesora de Control Interno realizará seguimiento a la implementación de esta recomendación, en el marco de sus funciones de evaluación independiente y aseguramiento del Sistema de Control Interno.

Atentamente,

*Lina Paola García*

---

**LINA PAOLA GARCIA GARCIA**

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