



E.S.E Hospital
San Jerónimo
Trabajamos por ti, por tu salud

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

Vigencia 2025




Equipo oficina de Control Interno de Gestión
Jefe de oficina: Marta Ramos Paternina
Contratista Apoyo: Alejandro Vargas
Correo oficina: Controlinterno@esesanjeronimo.gov.co

INFORME DE SEGUIMIENTO

HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA

Febrero 2026.

Evaluación por Dependencias-OCI - 2025

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba 
Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454 
esesanjeronimo.gov.co 

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co 

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	
I. GENERALIDADES	
1.1 Objetivo	
1.2 Objetivos específicos	
1.3 Fundamento normativo	
1.4 Documentos base	
1.5 Terminología básica	
II. BASES PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	
2.1 Evaluación Oficina de Control Interno de Gestión	
2.2 Responsabilidad del jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión	
2.3 Período de la evaluación de Control Interno de Gestión	
III. EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	
3.1 Referente para la evaluación	
IV. INDICADORES DE GESTIÓN CON RESULTADO INFERIOR A LA META ESTABLECIDA	
4.1 Relación de procesos con indicadores que no cumplieron la meta	
4.2 Indicadores que no presentaban medición a la fecha de corte	
V. RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	
VI. CONCLUSIONES	
VII. PLAN DE MEJORAMIENTO	
VIII. SOCIALIZACIÓN DEL INFORME	
IX. PUBLICACIÓN	

PRESENTACION

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, la Ley 87 de 1993 y los lineamientos establecidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, la Oficina de Control Interno de Gestión del Hospital San Jerónimo de Montería presenta el Informe de Evaluación y Seguimiento a la Gestión por Dependencias, correspondiente a la vigencia 2025.

Este ejercicio de seguimiento se desarrolló con el propósito de verificar la aplicación de los lineamientos vigentes para la evaluación de la gestión institucional, desde el rol de la tercera línea de defensa, proporcionando aseguramiento independiente y objetivo sobre el grado de cumplimiento de las metas institucionales, el comportamiento de los indicadores de gestión y la coherencia entre la planeación, la ejecución y los resultados alcanzados por las dependencias del hospital.

La evaluación se realizó en el marco de las dimensiones del MIPG, especialmente en lo relacionado con el Direccionamiento Estratégico y Planeación, la Gestión con Valores para Resultados y la Evaluación de Resultados, permitiendo analizar el desempeño institucional por dependencias, identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, y generar insumos técnicos para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.

Los resultados del presente informe constituyen un insumo relevante para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento, y el uso de información objetiva para los procesos de evaluación del desempeño laboral, de conformidad con la normativa vigente, sin que ello implique calificación individual por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

Finalmente, se reconoce la colaboración de la Oficina de Planeación y Calidad y de las demás dependencias del Hospital San Jerónimo de Montería, por el suministro oportuno de la información requerida y su disposición para el mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

I. GENERALIDADES

1.1 Objetivo

Evaluar la gestión de las dependencias de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, a partir de la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional durante la vigencia 2025, verificando el cumplimiento de las metas, actividades y resultados alcanzados, en coherencia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y desde el rol de evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno de Gestión, como tercera línea de defensa.

La evaluación tiene como finalidad aportar información objetiva que contribuya al fortalecimiento de la gestión institucional, la mejora continua de los procesos y la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, sin asumir funciones propias de la administración.

1.2 Objetivos específicos

Evaluación por Dependencias-OCI - 2025

Contribuir a la evaluación del desempeño institucional por dependencias, mediante el análisis del cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan Operativo Anual por dependencias– POA y los indicadores de gestión definidos para la vigencia 2025.

Proporcionar información objetiva y verificable que sirva como insumo para los procesos de evaluación del desempeño laboral de los servidores públicos, de conformidad con la normativa vigente, sin que ello implique calificación individual por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

Apoyar a la Alta Dirección en la identificación de fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en la gestión administrativa y asistencial del hospital, facilitando la toma de decisiones informadas y el fortalecimiento de los planes de acción institucionales.

1.3 Fundamento normativo

El presente informe se elabora con fundamento en las disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias que regulan la función administrativa, el control interno y la evaluación de la gestión en las entidades públicas, así como en los lineamientos vigentes para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, a saber:

- **Constitución Política de Colombia**, artículos 209 y 269, que establecen los principios de la función administrativa y la obligatoriedad de implementar y mantener sistemas de control interno en las entidades públicas.
- **Ley 87 de 1993**, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.
- **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”, en especial lo dispuesto en el **artículo 39**, sobre la evaluación de la gestión de las dependencias.
- **Decreto 1083 de 2015**, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”, que compila, entre otros, el Decreto 1227 de 2005 y regula aspectos relacionados con la evaluación del desempeño laboral.
- **Artículo 2.2.8.1.3 del Decreto 1083 de 2015**, el cual establece que la Evaluación del Desempeño Laboral de los empleados de carrera administrativa se realiza con base en los parámetros definidos en los planes anuales de gestión.
- **Decreto 648 de 2017**, “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública”, fortaleciendo el rol del control interno y la evaluación de la gestión.
- **Decreto 1499 de 2017**, mediante el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015 y se adopta el **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**, articulando el Sistema de Gestión con el Sistema de Control Interno.

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**, especialmente en lo referente a las dimensiones de **Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados y Evaluación de Resultados**.
- **Modelo Estándar de Control Interno (MECI)**, integrado al MIPG, como marco para el aseguramiento del control, la gestión del riesgo y la evaluación institucional.
- **Circular Externa del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno**, expedida el 4 de diciembre de 2025, por la cual se establecen los lineamientos actualizados para la evaluación de la gestión por dependencias y se deroga la Circular No. 04 de 2005.
- **Planes, programas, manuales y demás documentos internos de la entidad**, que soportan la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la gestión institucional durante la **vigencia 2025**.

1.4 Documentos base

Información consolidada de los indicadores por procesos correspondiente a la vigencia 2025, suministrada por la Oficina de Calidad y Planeación.

1.5 Terminología básica

- **Evaluación de Desempeño Laboral - EDL.**

Es una herramienta de gestión que, con base en juicios objetivos sobre la conducta, las competencias laborales y los aportes al cumplimiento de las metas institucionales de los empleados de carrera y en período de prueba en el desempeño de sus respectivos cargos, busca valorar el mérito como principio sobre el cual se fundamenten su permanencia y desarrollo en el servicio.

- **Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias.**

Es uno de los componentes de la Evaluación del Desempeño Laboral Individual, que tiene como propósito promover y potenciar el trabajo en equipo. Es realizada, anualmente, por el jefe de Auditoría Interna por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la entidad respectiva. Se define como fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas y es suministrada a los responsables de la evaluación.

- **Metas Institucionales**

Son las establecidas, por la alta dirección de la entidad, de conformidad con los planes, programas, proyectos o planes operativos anuales, por área o dependencia encaminadas al cumplimiento de los objetivos y propósitos de la entidad. Metas con las cuales el empleado de carrera administrativa deberá comprometerse y realizar los aportes requeridos, para lograr su debido cumplimiento.

- **Evaluación del desempeño laboral.**

Es una herramienta de gestión con base en juicios objetivos sobre la conducta, las competencias laborales y los aportes al cumplimiento de las metas institucionales de los empleados de carrera y en

Evaluación por Dependencias-OCI - 2025

período de prueba en desempeño de sus respectivos empleos, busca valorar el mérito como principio sobre el cual se fundamenta el ingreso, la permanencia y el retiro del servicio.



II. BASES PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS

2.1 Evaluación Oficina de Control Interno de Gestión

La evaluación por dependencias correspondiente a la vigencia 2025 fue realizada por la Oficina de Control Interno de Gestión de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, en cumplimiento de sus funciones de evaluación y seguimiento, de conformidad con la normativa vigente y el esquema de líneas de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Este ejercicio se desarrolló con base en la información consolidada de los indicadores por procesos y en los compromisos establecidos en la planeación institucional, verificando el grado de cumplimiento de las metas asignadas a cada dependencia durante la vigencia evaluada.

La evaluación constituye un insumo técnico para la valoración de la gestión institucional y para los procesos de evaluación del desempeño laboral, conforme a la normativa aplicable.

2.2 Responsabilidad del jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión

El jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión es responsable de realizar la evaluación por dependencias, consolidar los resultados obtenidos y presentar el informe correspondiente, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y demás normas concordantes.

Así mismo, le corresponde garantizar que el ejercicio evaluativo se realice con objetividad, independencia y con base en información verificable, en el marco del Sistema de Control Interno y del MIPG.

Evaluación por Dependencias-OCI - 2025



2.3 Período de la evaluación de Control Interno de Gestión

La evaluación por dependencias corresponde a la vigencia 2025, teniendo como base la información reportada por las áreas con corte a la fecha establecida para el cierre del seguimiento institucional de dicha vigencia.

III. EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

3.1 Referente para la evaluación

La evaluación por dependencias de la vigencia 2025 se realizó tomando como referente principal la información consolidada de los indicadores por procesos y el cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan Operativo Anual por dependencias– POA de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería.

El análisis efectuado por la Oficina de Control Interno de Gestión se fundamentó en la verificación del grado de avance y cumplimiento de las metas institucionales asignadas a cada dependencia, con base en los reportes suministrados por la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad y en los soportes documentales aportados por las áreas evaluadas.

Para efectos de la valoración, se consideraron los resultados alcanzados frente a las metas establecidas, identificando aquellos indicadores que cumplieron, superaron o no alcanzaron el nivel esperado, así como aquellos que no presentaban medición a la fecha de corte.

El referente utilizado permite establecer un análisis objetivo y uniforme de la gestión por dependencias durante la vigencia 2025, constituyéndose en insumo para la formulación de recomendaciones y acciones de mejora institucional.

IV. INDICADORES DE GESTIÓN CON RESULTADO INFERIOR A LA META ESTABLECIDA

4.1 Relación de procesos con indicadores que no cumplieron la meta

De acuerdo con la información consolidada del Plan Operativo Anual por dependencias – POA 2025, la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería presentó un cumplimiento institucional del **83%**, reflejando el nivel de ejecución de las metas definidas para la vigencia.

El análisis permitió identificar aquellos procesos cuyos indicadores presentaron resultados inferiores a la meta establecida, los cuales constituyen elementos relevantes para la formulación o fortalecimiento de acciones de mejora institucional.

La identificación de estos indicadores permite orientar la toma de decisiones administrativas, fortalecer la gestión institucional y promover la mejora continua de los procesos, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Los resultados de los indicadores que no alcanzaron la meta establecida serán presentados en el informe mediante las respectivas tablas de análisis por proceso y dependencia.

4.1.2 Subgerencia Administrativa y Financiera

Evaluación por Dependencias-OCI - 2025



La Subgerencia Administrativa y Financiera presentó un cumplimiento del **89,9%**, evidenciando un alto nivel de ejecución de las metas establecidas en el Plan Operativo Anual por dependencias – POA 2025.

Dependencia	Cumplimiento
Almacén y Suministros	100%
Jurídica	100%
Talento Humano	100%
Facturación	100%
Cartera	100%
Planeación y Gestión de la Calidad	100%
Tesorería	100%
Contabilidad	100%
Gestión Documental	49%
Gestión Ambiental	83%
Presupuesto	87%
Ambiente Físico	100%
Tecnologías de la Información y Comunicación	87%
Prensa	83%
Mercadeo	100%
Auditoría Contable y Financiera	48%

La Subgerencia Administrativa y Financiera evidencia un alto nivel de cumplimiento general, con la mayoría de sus dependencias alcanzando el 100% de ejecución de las actividades programadas.

No obstante, se identifican desviaciones en procesos específicos, particularmente en:

- Gestión Documental (49%)
- Auditoría Contable y Financiera (48%)

Así como niveles intermedios de cumplimiento en:

- Gestión Ambiental
- Presupuesto
- Tecnologías de la Información y Comunicación
- Prensa

Estas variaciones reflejan la necesidad de fortalecer el seguimiento y control en procesos de apoyo, especialmente aquellos relacionados con la gestión documental y la auditoría interna financiera, los cuales son fundamentales para la confiabilidad de la información institucional y el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno.

4.1.3 Subgerencia Asistencial

El componente asistencial presentó un cumplimiento del 71,9%, evidenciando desviaciones en el logro de las metas establecidas en el Plan Operativo Anual por dependencias – POA 2025.

Dependencia	Cumplimiento
Urgencias – Hospitalización	40%
Enfermería	100%
Farmacia	80%
Banco de Sangre	92%
Cirugía	100%
Consulta externa	75%
Patología	33%
Laboratorio	97%
Imágenes Diagnósticas	33%
Rehabilitación	75%
Gastroenterología	50%
Auditoría Concurrente	60%
Nutrición	100%



El nivel de cumplimiento del 71,9% en la Subgerencia Asistencial obedece a la no ejecución total de las actividades programadas en algunos procesos, lo cual impactó el logro de las metas definidas en el Plan Operativo Anual por dependencias – POA 2025.

Se evidencian mayores desviaciones en servicios críticos como urgencias, patología e imágenes diagnósticas, lo que refleja debilidades en la planeación operativa, seguimiento y control de las actividades.

4.1.4 Oficinas de Control

Las Oficinas de Control presentaron un cumplimiento del 100%, evidenciando la ejecución total de las actividades programadas en la vigencia 2025.

Dependencia	Cumplimiento
Control Interno de Gestión	100%
Control Interno Disciplinario	100%

4.2 Indicadores que no presentaban medición a la fecha de corte

De acuerdo con la información suministrada por la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad, y el análisis efectuado por la Oficina de Control Interno de Gestión, no se evidencian indicadores sin medición a la fecha de corte de la evaluación de la vigencia 2025, toda vez que las dependencias reportaron información para la totalidad de los indicadores definidos en el Plan Operativo Anual por dependencias – POA.

V. RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Con base en los resultados de la evaluación por dependencias correspondiente a la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno de Gestión formula las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer el seguimiento periódico al cumplimiento de los indicadores definidos en los Planes Operativos Anuales – POA, especialmente en las dependencias del componente asistencial que presentan desviaciones significativas.
- Implementar mecanismos de control que permitan garantizar la ejecución oportuna de las actividades programadas, reduciendo brechas entre la planeación y los resultados alcanzados.
- Fortalecer la supervisión y control en procesos críticos como urgencias, patología e imágenes diagnósticas, dada su incidencia en la prestación del servicio y en el cumplimiento de metas institucionales.



- Consolidar la cultura de autocontrol en las dependencias, promoviendo la responsabilidad en el reporte oportuno de la información y el cumplimiento de los compromisos establecidos.
- Fortalecer los procesos de apoyo institucional, particularmente en gestión documental y auditoría contable y financiera, dada su relevancia en la confiabilidad de la información y en el Sistema de Control Interno.
- Articular los resultados de la evaluación por dependencias con los planes de mejoramiento institucional, garantizando que las acciones formuladas atiendan las causas del incumplimiento.

VI. CONCLUSIONES

- La E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería alcanzó un cumplimiento global del 83% en los Planes Operativos Anuales – POA 2025, evidenciando avances en la ejecución de la planeación institucional.
- Se observa un desempeño favorable en la Subgerencia Administrativa y Financiera (89,9%) y en las Oficinas de Control (100%), mientras que la Subgerencia Asistencial (71,9%) presenta mayores niveles de desviación en el cumplimiento de metas.
- Las principales brechas identificadas se relacionan con la no ejecución de actividades programadas en algunas dependencias, lo cual impacta directamente el logro de los resultados institucionales.
- Los resultados son consistentes con el comportamiento institucional evidenciado durante la vigencia, reflejando avances en la gestión estratégica y administrativa, así como oportunidades de mejora en la gestión operativa de los servicios asistenciales.
- El ejercicio de evaluación por dependencias permite evidenciar la necesidad de fortalecer la segunda línea de defensa, particularmente en el seguimiento, control y ejecución de los procesos institucionales.
- La Oficina de Control Interno de Gestión, en su rol de tercera línea de defensa, proporciona un aseguramiento independiente sobre la gestión institucional, sin intervenir en la administración de los procesos, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

VII. PLAN DE MEJORAMIENTO

Las dependencias que presentaron desviaciones en el cumplimiento de sus metas deberán formular e implementar planes de mejoramiento orientados a:

- Garantizar la ejecución de las actividades no desarrolladas durante la vigencia 2025.
- Fortalecer la planeación operativa y el seguimiento a los indicadores de gestión.
- Mejorar la oportunidad y calidad de la información reportada.
- Implementar acciones correctivas y preventivas que mitiguen riesgos operativos y administrativos.

Evaluación por Dependencias-OCI - 2025



Subgerencia Asistencial

Urgencias – Hospitalización

- Fortalecer la adherencia al protocolo de código azul.
- Garantizar el análisis de incidentes con alto riesgo de daño.
- Implementar el programa de prevención de bacteriemia por catéter venoso central (BCV).

Consulta Externa (Cirugía)

- Ejecutar el plan de capacitaciones del personal.

Patología

- Revisar y actualizar manuales, procesos y procedimientos.
- Capacitar al personal del área.

Imágenes Diagnósticas

- Revisar y ajustar manuales y procedimientos.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de radio protección.
- Fortalecer el programa de protección radiológica.
- Realizar reuniones periódicas de seguimiento.

Gastroenterología

- Implementar seguimiento a cancelaciones de procedimientos.
- Ejecutar el plan de capacitaciones del personal.

Auditoría Concurrente

- Realizar revisión de evoluciones diarias en el sistema.
- Fortalecer la verificación de pertinencia y oportunidad en la historia clínica.

Auditoría Contable y Financiera

Se requiere el cumplimiento estricto de las actividades programadas y la presentación oportuna de los informes correspondientes, garantizando la trazabilidad, seguimiento y control del proceso financiero, así como la confiabilidad de la información institucional.

Gestión Documental (Centro Documental)

Evaluación por Dependencias-OCI - 2025

Se requiere el cumplimiento efectivo de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento suscrito con el Archivo General de la Nación, garantizando su ejecución integral y cierre oportuno, bajo seguimiento permanente.

Las acciones definidas deberán ser incorporadas en los planes de mejoramiento institucional y serán objeto de seguimiento por la Oficina de Control Interno de Gestión.

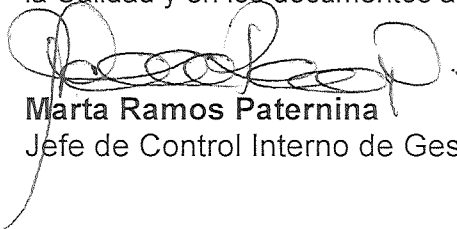
VIII. SOCIALIZACIÓN DEL INFORME

El presente informe será socializado con la Alta Dirección y las dependencias evaluadas, con el propósito de dar a conocer los resultados obtenidos, promover la mejora continua y fortalecer la gestión institucional.

IX. PUBLICACIÓN

El informe de evaluación por dependencias de la vigencia 2025 será publicado en los medios institucionales correspondientes, en cumplimiento de los principios de transparencia, acceso a la información pública y rendición de cuentas.

El presente informe se soporta en la información suministrada por la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad y en los documentos anexos que hacen parte integral del mismo.



Marta Ramos Paternina
Jefe de Control Interno de Gestión.

