EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL – EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
ENERO – SEPTIEMBRE

30 de octubre del 2026

CONTENIDO

1 OBJETIVO 3
2 ALCANCE 3
3 CRITERIOS DEL INFORME 3
4 LIMITACIONES EN EL INFORME 4
5 DESARROLLO DEL INFORME 4
5.1 PLAN OPERATIVO ANUAL (POA) 4
5.2 PLANES INSTITUCIONALES Y ESTRATEGICOS 6
5.3 PLAN ACCIÓN MIPG 22
5.4 DIRECTIVA 015 DE 2022 Y LEY 2013 DE 2019 25
6 RESULTADO DEL INFORME 27
6.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA 27
6.2 RECOMENDACIONES 28
7 CONCLUSIONES 30

1 OBJETIVO

Evaluar la gestión institucional del Hospital Mario Gaitán Yanguas, mediante la verificación de los avances y resultados alcanzados por las áreas en la ejecución del Plan Operativo Anual (POA) 2026, los planes institucionales y estratégicos y el Plan de Acción MIPG 2026-2027, con el fin de identificar desviaciones y oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales.

2 ALCANCE

La evaluación comprende la gestión desarrollada por las áreas del Hospital Mario Gaitán Yanguas durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2026.

Incluye la revisión y análisis de los resultados reportados en el Plan Operativo Anual (POA) 2026, los avances de los planes institucionales y estratégicos y las acciones del Plan de Acción MIPG 2026-2027, de acuerdo con los compromisos y fechas programadas para el período evaluado.

La evaluación se realizó mediante el análisis de los informes de seguimiento, matrices, indicadores y demás evidencias suministradas por las áreas responsables y el área de Planeación, verificando la correspondencia entre las actividades programadas, los resultados reportados y los soportes disponibles.

Los resultados estarán sujetos a la información suministrada y a las evidencias verificables con corte al 30 de septiembre de 2026. Los documentos elaborados con posterioridad a esta fecha se utilizaron como elementos complementarios de análisis, siempre que permitieran identificar y verificar actuaciones realizadas dentro del período evaluado, sin que las actividades ejecutadas con posterioridad fueran contabilizadas como cumplimiento del corte.

3 CRITERIOS DEL INFORME

- **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, artículo 39:** Establece la evaluación de la gestión de las dependencias por parte de las oficinas de control interno.
- **Decreto 1083 de 2015:** Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Control Interno.

- **Decreto 1499 de 2017:** Actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

- **Decreto 612 de 2018:** Establece las directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción.

- **Circular Externa 100-010 de 2025** del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno: Orientaciones para la evaluación institucional por dependencias.

- **Directiva 015** de la Procuraduría General de la Nación (expedida el 30 de agosto de 2022): obligaciones relacionadas con el fortalecimiento de la meritocracia, del empleo y de la función pública en el estado colombiano

4 LIMITACIONES EN EL INFORME

Durante la evaluación se recibió información complementaria del área de Talento Humano el 30 de octubre de 2026, relacionada con la Directiva 015 de 2022 y la Ley 2013 de 2019. No obstante, la ausencia de información consolidada sobre el universo de servidores sujetos a evaluación, el estado de actualización de SIGEP II y la identificación de los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 limitó la verificación integral de estos aspectos al 30 de septiembre de 2026.

5 DESARROLLO DEL INFORME

5.1 PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)

La Oficina de Control Interno realizó la revisión de la información suministrada por el área de Planeación mediante correo electrónico del 16 de octubre, correspondiente al seguimiento del Plan Operativo Anual (POA) 2026, así como de los soportes documentales aportados por las áreas del Hospital Mario Gaitán Yanguas.

Para la vigencia 2026, el POA contempla 47 metas de producto, cuyo seguimiento correspondiente al primer semestre fue presentado ante la Junta Directiva y aprobado mediante el Acuerdo 015 del 30 de julio de 2026[1].

De acuerdo con dicho Acuerdo, se reportaron 18 metas cumplidas de las 47 establecidas, con un cumplimiento ponderado del 64,6 % y un resultado semestral del 32,3 %, conforme a la metodología institucional aplicada en la matriz de seguimiento[2].

1 ACUERDO 015 2026

2 SEGUIMINETO_POA_I_Sem_2026

Adicionalmente, se revisó la matriz de seguimiento del POA correspondiente al tercer trimestre, con corte al 30 de septiembre de 2026, en la cual se registran 18 metas clasificadas como cumplidas y 30 como no cumplidas, así como un resultado ponderado calculado del 71,82 %, sujeto a la validación de la metodología institucional.

Al comparar los resultados del primer semestre con los del tercer trimestre, se identificó que las metas POA-09 (prevalencia de caries) y POA-41 (Plan de Acción MIPG) pasaron de cumplidas a no cumplidas, mientras que la meta POA-34 (Gestión del Riesgo Hospitalario) pasó de no cumplida a cumplida. Estas variaciones explican la disminución de 18 a 17 metas clasificadas como cumplidas.

Al contrastar la información reportada por Planeación con el Acuerdo 015 de 2026, se verificó correspondencia entre los resultados consolidados. No obstante, durante la revisión de las evidencias aportadas se identificó lo siguiente:

En el indicador POA-01-2026, correspondiente al Sistema Único de Habilitación, se identificaron el Plan de Habilitación del 24 de abril de 2026, y la comunicación GOB-S-CR-2026-0078182 del 24 de julio de 2026, además de procedimientos y protocolos institucionales. Si bien estos documentos evidencian actuaciones relacionadas con la gestión de habilitación, es necesario verificar si acreditan el resultado específico establecido en la meta.

Para el indicador POA-34-2026, relacionado con la gestión del riesgo, se aportó la ficha “PLAN INTEGRADO DE ACCION EN SALUD POA ARMONIZADO 2025[3]”, cuyo contenido corresponde expresamente a la vigencia 2025. Por tanto, el documento no permite acreditar directamente los resultados del indicador correspondiente a 2026.

Para el indicador POA-35-2026, relacionado con humanización, se evidenció un avance del 75,38 % al 30 de septiembre de 2026, frente a una meta anual del 97 %, equivalente al 77,71 % de avance respecto de la meta. Como soportes se aportaron registros de capacitaciones y actas de comités correspondientes a diferentes meses de 2026. No obstante, se requiere contrastar las actividades efectivamente ejecutadas con las programadas en el plan de acción, para verificar el porcentaje reportado y establecer las actividades pendientes.

En los indicadores POA-39-2026 y POA-40-2026, relacionados con la recuperación de cartera mayor a 360 días y cartera corriente, se identificaron comunicaciones, actas de conciliación, estados de cartera y fichas de seguimiento, algunas registradas en octubre de 2026.

3 POA-34-GEST RIESGO.xlsx

De acuerdo con la matriz de seguimiento del tercer trimestre, el indicador POA-39-2026 registra un resultado del 117,74 %, frente a una meta del 50 %, mientras que el indicador POA-40-2026 presenta un resultado del 70,96 %, frente a una meta del 85 %. Sin embargo, las actuaciones de cobro y conciliación no determinan por sí mismas la recuperación efectiva de recursos. Por tanto, se requiere contrastar los recaudos realizados con los saldos y valores de referencia definidos en cada indicador, verificar las fórmulas aplicadas y evitar duplicidades entre los soportes utilizados para acreditar los resultados.

En el indicador POA-38-2026, correspondiente a la reducción de la huella de carbono, se identificaron calculadoras de resultados del primer trimestre del 8 de mayo de 2026, y del segundo trimestre del 24 de julio de 2026, así como una ronda de verificación de luminarias y grifos del 29 de septiembre de 2026.

De acuerdo con el seguimiento del tercer trimestre, se reporta una reducción de 6 toneladas de CO_2, equivalente al 75 % de la meta anual de 8 toneladas. Si bien los soportes evidencian actividades de medición y seguimiento ambiental, se requiere contrastar las emisiones calculadas con la línea base y verificar la metodología utilizada para cuantificar la reducción reportada.

La revisión permitió identificar evidencias de actividades asistenciales, administrativas, financieras y de seguimiento institucional desarrolladas durante 2026. Sin embargo, también se observaron diferencias en la identificación de indicadores, documentos de vigencias anteriores, ausencia de información para dos metas y soportes que requieren validación adicional para acreditar los resultados cuantitativos reportados.

En conclusión, el seguimiento del POA con corte al 30 de septiembre de 2026 registra 17 de las 47 metas clasificadas como cumplidas y avances en los indicadores de gestión del riesgo, humanización, recuperación de cartera y reducción de la huella de carbono. No obstante, durante la revisión documental se identificaron soportes de vigencias anteriores, diferencias en la identificación de indicadores y evidencias que no permiten acreditar directamente algunos resultados cuantitativos reportados. Por tanto, se recomienda a Planeación conciliar los resultados de la matriz con los soportes aportados y documentar las verificaciones realizadas sobre las metas evaluadas.

5.2 PLANES INSTITUCIONALES Y ESTRATEGICOS

En relación con los planes institucionales y estratégicos, el área de Planeación aportó el [4]acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 20 de enero de 2026, en la cual se registró la presentación del balance general de cumplimiento de

4 ACTA_CGD_20012026

los planes correspondientes a la vigencia 2025, así como la socialización de los 12 planes institucionales para la vigencia 2026, en el marco del Decreto 612 de 2018.

No obstante, aunque el acta señala que se presentó el balance de la vigencia 2025, no registra los porcentajes de cumplimiento por plan, los resultados alcanzados ni las desviaciones identificadas. Asimismo, si bien el documento hace referencia a la aprobación de los planes para 2026, no se identificó un registro expreso de la decisión adoptada por el Comité que permita verificar dicha aprobación.

Durante la sesión se establecieron los siguientes compromisos:

Compromiso	Responsable	Plazo
Publicar los planes institucionales en los medios correspondientes	Planeación	31 de enero de 2026
Realizar seguimiento anual al cumplimiento de los planes	Líderes de proceso	Durante la vigencia 2026
Reportar avances del Plan de Acción MIPG	Líderes responsables	Según cronograma

De acuerdo con lo anterior, se definió una periodicidad anual para el seguimiento al cumplimiento de las actividades de los planes institucionales, conforme a sus respectivos cronogramas.

Adicionalmente, se verificó el cumplimiento del primer compromiso, relacionado con la publicación de los planes institucionales en la página web de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas (https://www.hmgy.gov.co/copia-de-gesti%C3%B3n-documental), con el fin de constatar la disponibilidad de los documentos correspondientes a la vigencia 2026. Como resultado de la verificación, se evidenció la publicación de los 12 planes institucionales y 10 cronogramas de trabajo; sin embargo, no se identificó información que permitiera establecer la fecha de publicación[5] de dichos documentos.

Por otra parte, teniendo en cuenta que el 10 de septiembre de 2026 se realizó el segundo Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se solicitó al área de Planeación mediante correo del 26 de octubre, precisar cuáles planes fueron objeto de presentación o seguimiento durante dicha sesión, los avances y resultados reportados y los compromisos establecidos, junto con los soportes documentales correspondientes.

Teniendo en cuenta la información aportada por cada una de las áreas se verificó el avance en la ejecución de los siguientes planes institucionales, de acuerdo con las actividades y metas programadas evidenciando los siguientes resultados:

5 PUBLICACIÓN_PAG_WEB

1) PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS – PINAR

Se revisó el Plan Institucional de Archivos – PINAR, código ARC_PLI_04, versión 01 del 13 de abril de 2023, con vigencia 2023–2026, y el cronograma de actividades correspondiente a 2026, código PLA-FTO-03, versión 01, que contempla 5 actividades. Adicionalmente, se aportó el Acta N.° 01 del Comité Interno de Archivo del 17 de febrero de 2026, en la cual consta la aprobación de la actualización del PINAR y del cronograma de transferencias primarias.

Respecto a la primera actividad, relacionada con la capacitación al personal administrativo y asistencial en la aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) y prácticas de organización documental, el área aportó soportes de capacitaciones y socializaciones en gestión documental, identificando 8 actas con fechas correspondientes a los meses de febrero, abril, mayo, agosto y septiembre de la vigencia 2025. Por tanto, los documentos revisados no permiten verificar el cumplimiento de la actividad programada para la vigencia en curso.

Frente a la segunda actividad, relacionada con la actualización de inventarios documentales en el Formato Único de Inventario Documental (FUID) y la identificación topográfica de las unidades de conservación, programada para abril, julio y septiembre; se aportó registro fotográfico de un formato de inventario documental, código ARC-FTO-01 que contiene 24 registros de expedientes, fechas extremas, unidad de conservación (cajas y carpetas) y número de folios. No obstante, la evidencia no permite determinar el cumplimiento ni avance de la actividad establecida en el cronograma.

En cuanto a la tercera actividad, relacionada con la presentación y socialización del cronograma de transferencias documentales, programada para julio de 2026, se verificó el Acta N.° 01 del Comité Interno de Archivo del 17 de febrero de 2026, mediante la cual se aprobó el cronograma de transferencias primarias para la vigencia. Adicionalmente, se aportaron siete actas de transferencia documental correspondientes a marzo, junio, agosto y septiembre de 2026 evidenciando el cumplimiento de la actividad.

Respecto a la cuarta actividad, relacionada con la socialización de los instrumentos archivísticos vigentes, programada para julio de 2026, el cronograma reporta un cumplimiento del 100 %[6]. El área de Archivo informa que se impartieron orientaciones sobre la aplicación de dichos instrumentos en la organización documental. No obstante, no se presentaron soportes que permitieran verificar el cumplimiento de la actividad.

Frente a la quinta actividad, relacionada con mantener actualizado el FUID y efectuar la marcación topográfica de cajas y carpetas, programada para abril, julio

6 Cronograma PINAR 2026-octubre

y septiembre de 2026, se reporta un avance del 80%. Se evidenciaron registros de inventario documental y siete actas de transferencia que identifican unidades documentales entregadas al archivo. Sin embargo, el área indico que la marcación topográfica continúa pendiente.

Frente al avance del plan, el cronograma reporta un cumplimiento global del 86%. Sin embargo, una vez revisados los soportes aportados, Control Interno determinó un avance del 20 % dado que, 1 actividad presento cumplimiento, 2 presentan avances parciales y los 2 restantes no cuentan con soportes que permitan verificar su ejecución durante 2026.

Se recomienda verificar la ejecución de las capacitaciones y socializaciones programadas para 2026, establecer metas cuantificables para la actualización de inventarios, completar la marcación topográfica pendiente y conciliar los porcentajes de cumplimiento reportados con las evidencias disponibles. Asimismo, precisar el alcance de las actividades segunda y quinta para evitar duplicidades en la medición de resultados.

2) PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES

Para el Plan Anual de Adquisiciones de la E.S.E. Región de Salud Soacha, se revisó el Acuerdo 041 del 24 de diciembre de 2025[7], mediante el cual la Junta Directiva aprobó el plan para la vigencia 2026 por un valor de $121.368.430.000, distribuidos en funcionamiento por $11.141.398.000, operación comercial por $98.113.308.000 e inversión por $12.113.724.000 y la información registrada en SECOP II, con corte al 30 de septiembre de 2026.

Respecto a la información publicada en SECOP II, se evidenció que el PAA registra 10 versiones en SECOP II, con publicación inicial el 30 de diciembre de 2025 y última modificación el 17 de septiembre de 2026. Durante la vigencia se realizaron 9 actualizaciones, distribuidas en 2 durante marzo, 1 en abril, 2 en mayo, 1 en junio, 2 en julio y 1 en septiembre. Sin embargo, durante la consulta de la página web[8] no se evidenció la publicación de los actos administrativos correspondientes a dichas modificaciones, por lo que se recomienda a la entidad publicar los actos administrativos mediante los cuales se aprobaron las actualizaciones del Plan Anual de Adquisiciones, con el fin de garantizar la transparencia y trazabilidad de los cambios realizados durante la vigencia.

En cuanto a la programación, se identificaron 87 adquisiciones por un valor estimado de $121.510.103.591,30, superior en $141.673.591,30 (0,12 %) al valor inicialmente aprobado mediante Acuerdo 041 del 24 de diciembre de 2025. Por lo anterior, es importante que la entidad concilie los valores aprobados y publicados

7 ACDO PAA 2026

8 PUBLICACIÓN ACTOS ADMINISTRATIVOS – PAA y PUBLICACIÓN ACTOS ADMINISTRATIVOS PAA

en SECOP II, identificando las modificaciones que dieron lugar a esta variación y garantizando su correspondencia con el presupuesto institucional.

Respecto a la verificación contractual realizada por la Oficina de Control Interno, se identificaron referencias a procesos contractuales en 61 de las 87 adquisiciones programadas, equivalentes al 70,1%. De estas, se seleccionó una muestra de 40 adquisiciones, verificando el objeto contractual, las fechas de publicación y suscripción, el plazo de ejecución y el valor contratado.

Como resultado de la revisión de la muestra de 40 adquisiciones[9], se identificaron diferencias entre los meses programados en el PAA y las fechas de suscripción contractual. Entre los casos identificados se encuentran:

- **Servicio de aseo:** Programado para enero de 2026 por $2.377.868.095,87. Se identificaron 2 contratos suscritos el 27 de marzo y el 21 de septiembre de 2026, por $436.562.456 y $758.595.961, respectivamente, para un valor conjunto de $1.195.158.417.

- **Adquisición de dotaciones para funcionarios de planta:** Programada para marzo de 2026 por $45.000.000. Se identificó el contrato CTO-090-2026, suscrito el 29 de septiembre de 2026, por $80.800.000, valor superior en $35.800.000 al inicialmente programado.

- **Adquisición de un vehículo:** Programada para mayo de 2026 por $268.900.000. Se identificó el proceso de invitación a cotizar N.° 045 de 2026, publicado el 28 de mayo y con contrato suscrito el 16 de junio de 2026, por el mismo valor programado.

Estas situaciones evidencian diferencias en la oportunidad de la contratación y, en algunos casos, en los valores previstos, por lo que se recomienda verificar su correspondencia con las modificaciones del PAA y documentar las justificaciones de las variaciones identificadas.

Frente al avance del plan, se identificaron procesos contractuales asociados al 70,1% de las adquisiciones programadas, mientras que el 29,9% restante no presentó referencias contractuales en la verificación realizada. Este resultado evidencia la necesidad de realizar seguimiento a las adquisiciones pendientes y evaluar las variaciones frente a la programación establecida.

Se recomienda implementar mecanismos de seguimiento periódico que permitan verificar el cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones, identificar oportunamente las desviaciones y adoptar las acciones correctivas correspondientes.

9 Adquisiciones PAA

3) PLAN ESTRATÉGICO DE TALENTO HUMANO

Para el Plan Estratégico del Talento Humano, código TH_PLI_16, versión 03 del 27 de enero de 2026, y el cronograma TH_FTO_53, versión 03 del 30 de enero de 2026, el cual establece 9 actividades con 10 ejecuciones programadas entre enero y agosto de 2026. Se identificaron inconsistencias documentales, dado que el cronograma conserva la referencia a la vigencia 2025 y no se identifica la versión.

Respecto a la primera actividad, relacionada con establecer y ejecutar el Plan Institucional de Incentivos y Bienestar Social, se evidenció la formulación del plan correspondiente a 2026. Adicionalmente, en su evaluación individual se identificó un avance del 64 %, equivalente a 14 de las 22 ejecuciones programadas durante la vigencia, lo que evidencia que su implementación continúa en desarrollo.

Frente a la segunda actividad, relacionada con la elaboración del Plan de Vacantes, se verificó el Plan Institucional de Vacantes, código TH_PLI_18, versión 03 del 27 de enero de 2026, y su publicación en la página web de la E.S.E., evidenciando el cumplimiento de la actividad.

En cuanto a la tercera actividad, relacionada con la creación del Plan Institucional de Capacitación, se aportó el documento TH_PLI_15 correspondiente a la vigencia 2026, evidenciando el cumplimiento de la actividad.

Respecto a la cuarta actividad, relacionada con el monitoreo y seguimiento del SIGEP, programada para mayo de 2026, se aportó un reporte del aplicativo generado el 26 de octubre de 2026. Sin embargo, no fue posible verificar las acciones de monitoreo y seguimiento realizadas por el área de Talento Humano durante el período evaluado, por lo que se considera que la actividad presenta cumplimiento parcial.

Frente a la quinta actividad, relacionada con la gestión de información en el SEDEL para la evaluación del desempeño, se programaron 2 ejecuciones durante la vigencia. Se aportaron 17 reportes de evaluación definitiva del primer semestre, realizados en agosto de 2026, y 6 reportes correspondientes a septiembre. Estos soportes evidencian actuaciones relacionadas con la evaluación del desempeño; sin embargo, no se aportaron evidencias de las actuaciones previstas en el mes de enero, por lo que no se puede constatar el cumplimiento de las 2 ejecuciones programadas.

En cuanto a la sexta actividad, relacionada con la elaboración del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo, programada para enero de 2026, se aportó el documento SST_PLI_11, del 27 de enero de 2025. Teniendo en cuenta que corresponde a una vigencia anterior, no permite verificar la elaboración del plan para 2026, por lo que no se considera cumplida la actividad con el soporte presentado.

Respecto a la séptima actividad, relacionada con el proceso de inducción y reinducción, programada para julio de 2026, se aportaron registros de las evaluaciones iniciales y finales (pretest y postest) realizadas durante la vigencia, correspondientes a 425 servidores evaluados, evidenciando la ejecución de actividades de inducción y reinducción.

Frente a la octava actividad, relacionada con la medición y análisis del clima organizacional, programada para mayo de 2026, se aportaron la base de datos y el análisis de resultados, en los cuales se registraron 431 respuestas y un 75 % de favorabilidad en general. Entre los indicadores con mayor favorabilidad se identificaron el desarrollo de nuevas habilidades (100 %), la accesibilidad del jefe directo (95,3 %) y el orgullo de pertenencia (92,5 %). Asimismo, se identificaron como temas de mayor impacto el aprendizaje y crecimiento, y la comunicación y liderazgo, evidenciando la realización de la medición y el análisis correspondiente.

En cuanto a la novena actividad, relacionada con la elaboración del Plan de Previsión de Recursos Humanos, se verificó el documento TH_PLI_17, versión 03 del 27 de enero de 2026, evidenciando el cumplimiento de la actividad.

Frente al avance del plan se observó en el cronograma Excel[10] reporta un cumplimiento del 100 %, correspondiente a las 10 ejecuciones programadas. Sin embargo, una vez revisados los soportes aportados, Control Interno determinó un avance del 70 %, identificando actividades con cumplimiento parcial, ausencia de evidencias de seguimiento y un documento correspondiente a una vigencia anterior.

Se recomienda validar los porcentajes de ejecución y las versiones del cronograma, aportar el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo correspondiente a 2026, documentar las acciones de monitoreo y seguimiento del SIGEP y acreditar las dos ejecuciones programadas para la evaluación del desempeño. Asimismo, realizar seguimiento a los resultados de los planes institucionales que integran la gestión estratégica del talento humano y conservar los soportes que permitan verificar su ejecución dentro de los plazos establecidos.

4) PLAN ANUAL DE VACANTES

Para el Plan Institucional de Vacantes con código TH_PLI_18, versión 03 del 27 de enero de 2026, y su cronograma TH_FTO_41 con código TH_FTO_41, el cual contempla 4 actividades programadas entre enero y junio de 2026. Se identificaron inconsistencias documentales, no identifica claramente su versión y conserva el encabezado “Actividades del Plan de Vacantes 2023”, evidenciando inconsistencias en la actualización documental.

10 TH_FTO_53 CRONOGRAMA PLAN ESTRATÉGICO TALENTO HUMANO 2026

Respecto a la primera y segunda actividad, relacionada con la actualización, publicación y codificación del plan de vacantes, se observó la actualización del plan el 27 de enero de 2026 y la publicación en la pagina web de la E.S.E, evidenciando el cumplimiento de las dos actividades

Frente a la tercera actividad, relacionada con la certificación de cargos se aportó una certificación expedida el 20 de abril de 2026, que relaciona 44 cargos vacantes y 3 cargos provisionales. No obstante, la certificación fue expedida después del mes programado para esta actividad (marzo), cumplimiento la actividad fuera de términos.

En cuanto a oficiar a la gerencia sobre vacantes, no se aportó evidencia del oficio dirigido a Gerencia sobre las vacantes y las actuaciones pendientes ante la Comisión Nacional del Servicio Civil, previsto para junio de 2026.

Frente al avance del plan[11] se observa un cumplimiento del 75%, equivalente a 3 de las 4 actividades programadas, de las cuales 2 se ejecutaron oportunamente y 1 fuera del plazo establecido. La actividad relacionada con la comunicación a Gerencia permanece sin evidencia de ejecución.

Se sugiere ejecutar y documentar la actividad pendiente de comunicación a Gerencia, corregir las referencias de vigencias anteriores en el cronograma y garantizar la ejecución oportuna de las actividades, así como el seguimiento mensual de las vacantes y las gestiones adelantadas para su provisión.

5) PLAN DE PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Para el Plan Institucional de Previsión de Recursos Humanos, código TH_PLI_17, versión 03 del 27 de enero de 2026, y su cronograma, el cual contempla 4 actividades programadas entre enero y junio de 2026. Se identificaron inconsistencias documentales, no identifica claramente su versión y conserva el encabezado “Actividades Plan de Previsión Anual 2023”, evidenciando inconsistencias en la actualización documental.

Respecto a la primera y segunda actividad, relacionada con la actualización, publicación y codificación del plan de previsión, se observó la actualización del plan el 27 de enero de 2026 y la publicación en la pagina web de la E.S.E, evidenciando el cumplimiento de las dos actividades

Frente a la tercera actividad, relacionada con la identificación de necesidades de personal, vacantes, cargos provisionales y pre pensionables, programada para mayo, se aportó una certificación del 20 de abril de 2026 que relaciona 44 cargos

11 TH_FTO_41 CRONOGRAMA PLAN DE VACANTES 2026

vacantes y 3 cargos provisionales, así como una base de datos[12] de 24 servidores con edades de 54 y 65. No obstante, no se identificó un análisis consolidado que relacione las necesidades de personal con las alternativas de provisión y su estimación presupuestal. Por tanto, la documentación aportada acredita parcialmente esta actividad.

En cuanto a la cuarta actividad, relacionada con la socialización al equipo directivo de las actuaciones y notificaciones de la Comisión Nacional del Servicio Civil, programada para junio de 2026, no se aportaron soportes de su ejecución ni información que permita establecer si se presentaron actuaciones que requirieran dicha socialización.

Frente al avance del plan se observa un cumplimiento del 75%, equivalente a 3 de las 4 actividades programadas, de las cuales 2 se ejecutaron oportunamente y 1 fuera del plazo establecido. La actividad relacionada con la comunicación a Gerencia permanece sin evidencia de ejecución.

En cuanto al avance del plan, el cronograma Excel[13] reporta un cumplimiento del 75%, equivalente a 3 de las 4 actividades programadas. Sin embargo, de acuerdo con los soportes examinados, Control Interno verificó el cumplimiento de dos actividades, correspondiente al 50 %, mientras que la tercera presenta cumplimiento parcial y la cuarta no cuenta con evidencias suficientes para determinar su ejecución.

Se recomienda verificar y validar las inconsistencias documentales del cronograma, actualizar el porcentaje de avance conforme a las evidencias verificables, consolidar el análisis de necesidades de personal con sus alternativas de provisión y estimación presupuestal, y documentar las actuaciones de la CNSC que permitan establecer la procedencia de la socialización programada.

6) PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

Para el Plan Institucional de Capacitación, código TH_PLI_15, versión 02 del 27 de enero de 2026, se observó que conserva el encabezado “Plan Institucional de Capacitaciones 2025” y su cronograma TH_FTO_29 no identifica claramente la versión y mantiene el encabezado “Actividades cronograma de capacitación 2025”, evidenciando inconsistencias en la actualización documental.

De acuerdo con el cronograma aprobado, se programaron 62 actividades durante la vigencia 2026, de las cuales 50 correspondían al período comprendido entre enero y septiembre. Sin embargo, el cronograma en Excel[14] aportado contempla 43

12 tabla_prepensionables_completa_octubre_2026

13 TH_FTO_52 PLAN INSTITUCIONAL DE PREVISIÓN DE TALENTO HUMANO 2026

14 TH_FTO_29 CRONOGRAMA PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN 2026

programadas al corte evaluado. Se reportaron 36 ejecuciones, equivalentes a un avance aproximado del 82% frente a las 44 anuales, quedando 7 pendientes respecto a las programadas a la fecha de corte. Esta diferencia entre instrumentos impide establecer con certeza el porcentaje de cumplimiento frente a la programación aprobada.

Respecto a los soportes aportados, se identificaron actas, registros de asistencia, presentaciones y documentos relacionados con capacitaciones en contratación, gestión documental, humanización, seguridad del paciente, gestión ambiental, tecnologías de la información, seguridad y salud en el trabajo, planeación y otros procesos institucionales.

Asimismo, el cronograma registra actividades con ejecución inferior a la prevista, particularmente en seguridad del paciente, mientras que otras capacitaciones se reportan como ejecutadas sin que el consolidado permita identificar los participantes, la cobertura alcanzada y los resultados de las evaluaciones de aprendizaje.

Por otra parte, el plan establece una meta del 80 % para el indicador de capacitaciones realizadas frente a las programadas, así como la evaluación de su eficacia. No obstante, las diferencias entre los cronogramas y la falta de consolidación de los resultados de las capacitaciones impiden validar integralmente el cumplimiento de dicha meta.

En conclusión, el PIC presenta un avance reportado del 82% al 30 de septiembre de 2026, con siete ejecuciones pendientes respecto de la programación acumulada.

Se recomienda verificar la programación aprobada con el cronograma de seguimiento, ejecutar las capacitaciones pendientes, verificar los soportes y consolidar los resultados de cobertura y eficacia. Asimismo, presentar las modificaciones que correspondan ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, conforme a sus competencias, y garantizar su socialización y publicación.

7) PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES

Para el Plan Institucional de Incentivos y Bienestar Social, código TH_PLI_19, versión 03 del 27 de enero de 2026, y su cronograma TH_PLI_54, se identificaron inconsistencias documentales, dado que el plan no identifica claramente su versión y vigencia, mientras que el archivo Excel corresponde a la versión 03 del 30 de enero de 2026.

De acuerdo con el cronograma, se programaron 12 actividades que comprenden 22 ejecuciones durante la vigencia 2026, de las cuales 15 estaban previstas entre enero y septiembre. Al corte evaluado, se reportaron 14 ejecuciones, equivalentes

a un avance aproximado del 64%[15], quedando 2 pendientes programadas al corte como el auxilio funerario y clima laboral. Frente al auxilio funerario.

Respecto a los soportes aportados, se identificaron registros fotográficos, documentos y archivos relacionados con reconocimientos de cumpleaños, muro del reconocimiento, celebración del Día del Funcionario Público, Día de la Familia, actividades recreativas y culturales, reconocimiento por profesión, promoción y prevención de la salud y clima laboral.

Por otra parte, aunque el plan incorpora un diagnóstico de necesidades mediante encuesta aplicada 431 servidores, no se identificó en el cronograma un seguimiento consolidado que permita establecer la cobertura de beneficiarios, los resultados de satisfacción y el impacto de las actividades desarrolladas sobre el bienestar laboral.

Se recomienda validar las inconsistencias documentales del plan y su cronograma, conciliar los porcentajes de ejecución, verificar las fechas y soportes de las actividades reportadas, documentar las causas de las actividades pendientes y consolidar los resultados de cobertura y satisfacción de los beneficiarios. Asimismo, presentar las modificaciones del cronograma ante las instancias competentes y garantizar su socialización y publicación.

8) PLAN DE TRABAJO ANUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Se revisó el Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo, código SST_PLI_03, versión 02 del 28 de enero de 2026, y su cronograma de ejecución, código SST_FTO_37, versión 04 del 20 de enero de 2026, que contempla 60 actividades y 159 ejecuciones programadas durante la vigencia, con una meta de cumplimiento del 85 %.

Respecto al ciclo Planear, se revisaron 21 actividades relacionadas con la asignación de responsabilidades y recursos, afiliaciones al Sistema General de Riesgos Laborales, funcionamiento de los comités, capacitación, política, objetivos y documentación del SG-SST, encontrando lo siguiente:

- Se evidenció el oficio G-122-2026 del 17 de marzo de 2026, mediante el cual se informó la actualización de los datos de la responsable del SG-SST, vinculada mediante contrato de prestación de servicios desde el 1 de enero de 2026. Asimismo, se aportó la base de afiliación a la ARL y soportes relacionados con los aportes de trabajadores de alto riesgo.

- En relación con el COPASST, se evidenciaron 9 reuniones entre los meses de enero a septiembre de 2026.

15 TH_PLI_54 CRONOGRAMA PLAN BIENESTAR 2025

- Frente a la capacitación, se evidenciaron 9 actividades de inducción y reinducción, 1 actividad del programa de promoción y prevención y 1 capacitación del COPASST.

- En cuanto a la matriz legal, se evidencio el archivo denominado Matriz Legal Actualizada 2025.xlsx. Sin embargo, no se identificó en el control de cambios una actualización documentada de 2026 que permita verificar el cumplimiento de la actividad.

- Por, no se identificaron evidencias suficientes para acreditar tres actividades relacionadas con las reuniones del Comité de Convivencia Laboral, la asignación de recursos y la rendición de cuentas sobre el desempeño del SG-SST. En particular, el cronograma registra nueve reuniones programadas del Comité de Convivencia Laboral, sin ejecuciones reportadas al corte.

Frente al ciclo Hacer, se revisaron 30 actividades relacionadas con medicina preventiva y del trabajo, condiciones sanitarias, gestión de residuos, accidentalidad laboral, identificación de peligros, medidas de prevención y control, inspecciones y preparación ante emergencias, encontrando lo siguiente:

- En cuanto a las evaluaciones médicas ocupacionales, promoción y prevención, información medico de los perfiles de cargo y exámenes médicos de ingreso y periódicos, programadas entre marzo y junio de 2026. se evidencio el Contrato 081 por un valor de $7.000.000. Sin embargo, este documento acredita la contratación del servicio, pero no permite establecer la cantidad de exámenes efectivamente practicados, su cobertura ni el seguimiento a las recomendaciones médico-laborales.

- Frente a las condiciones sanitarias y gestión de residuos, se evidencio el acuerdo de reciclaje ambiental, documentos relacionados con la contratación del manejo de vertimientos e informes de gestión de residuos correspondientes a junio, julio, agosto y septiembre de 2026. Estos documentos evidencian actuaciones de gestión y seguimiento de residuos durante el período evaluado. No obstante, no se observan las condiciones sanitarias existentes.

- Respecto al reporte, investigación y análisis de accidentes laborales, se evidenció el Informe de accidentalidad del 8 de septiembre de 2026 con 19 eventos[16], entre los meses de enero a septiembre de 2026. Adicionalmente, se aportaron registros de accidentalidad e investigaciones. Sin embargo, se requiere verificar la correspondencia entre los 19 eventos reportados, las

16 Informe_de_accidentalidad 8 de septiembre

investigaciones realizadas y las acciones correctivas derivadas, así como la actualización de la información al 30 de septiembre de 2026.

- En relación con los indicadores de accidentalidad y enfermedad laboral, se aportó la base de ausentismo del 25 de agosto de 2026. No obstante, no se identificaron resultados consolidados y analizados de los indicadores de severidad, frecuencia, mortalidad, prevalencia, incidencia y ausentismo correspondientes al período evaluado.

- Frente a la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, en el cronograma se establecieron 3 actividades entre marzo y junio de 2026, relacionadas con la metodología, identificación de peligros y priorización de riesgos. Se aporto la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos, así como una encuesta sociodemográfica de 2026.

- Por último, de las 30 actividades no se presento evidencia de 9 actividades relacionadas con informes técnicos de resultados de mediciones de agentes químicos, físicos o biológicos, mantenimiento de instalaciones y equipos.

Respecto al ciclo Verificar, se revisaron 4 actividades relacionadas con la medición de indicadores del SG-SST, auditoría anual, revisión por la alta dirección y planificación de la auditoría con participación del COPASST. De estas, 2 estaban programadas al 30 de septiembre de 2026: la revisión por la alta dirección en febrero y la planificación de la auditoría con el COPASST en julio. No se registraron ejecuciones ni se identificaron soportes que determinaran su realización. Las 2 actividades restantes no estaban programadas para el período evaluado.

Frente al ciclo Actuar, se revisaron 4 actividades relacionadas con acciones de promoción y prevención, medidas correctivas y preventivas, acciones derivadas de investigaciones de accidentes y recomendaciones de las autoridades o de la ARL. Se identificaron soportes de actividades de promoción y prevención, entre ellas resolución de conflictos del 2 de febrero, Cardio Box del 9 de marzo, pausas activas del 6 de abril y Brigadista por un día del 31 de agosto de 2026. Sin embargo, no se evidenció una relación consolidada que permita verificar la trazabilidad de las acciones correctivas y preventivas frente a los resultados del SG-SST, las investigaciones de accidentes y las recomendaciones recibidas.

Frente al avance del plan, el cronograma registra 82 ejecuciones de las 107 programadas entre enero y septiembre de 2026, equivalentes a un cumplimiento reportado del 76,6 %. La revisión documental permitió identificar actuaciones en los ciclos Planear, Hacer y Actuar; sin embargo, se evidenciaron actividades pendientes, diferencias entre algunas ejecuciones registradas y sus soportes, y ausencia de resultados verificables en determinadas actividades.

En particular, se identificaron situaciones relacionadas con el funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral, la asignación de recursos, la actualización de la matriz legal, la cobertura de exámenes ocupacionales, la medición de indicadores, la implementación de controles y las actividades del ciclo Verificar.

En consecuencia, el 76,6 % corresponde al cumplimiento reportado por el área y no al porcentaje integralmente acreditado por Control Interno, debido a que se requiere conciliar las ejecuciones registradas con sus respectivos soportes y resultados.

Se recomienda conciliar el cronograma con las evidencias de ejecución, documentar los resultados y la cobertura de las actividades realizadas, priorizar las pendientes de los ciclos Hacer y Verificar y realizar seguimiento a la implementación de controles, medición de indicadores y acciones correctivas del SG-SST.

9) PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

Frente al PETIC 2026, código SIS_PLI_01, versión 3 del 21 de enero de 2026, se establecieron 3 actividades en su cronograma; sin embargo, presenta referencias a la vigencia 2025. Asimismo, el cronograma identificado con el código SIS_FTO_02, versión 2 del 31 de enero de 2024, conserva el encabezado “Actividades cronograma 2024”, evidenciando inconsistencias en la actualización documental.

Respecto a la primera actividad, relacionada con la revisión del portal web institucional, se aportó un informe que registra una revisión del 20 de agosto de 2026, en el cual se identifican noticias desactualizadas, enlaces inactivos, errores en referencias normativas y dificultades de acceso desde la red interna. No obstante, el informe fue elaborado el 26 de octubre de 2026 y sus evidencias gráficas corresponden a esa fecha, por lo que no permiten verificar plenamente su ejecución en el período programado.

En cuanto a la segunda actividad, relacionada con el seguimiento a las actualizaciones normativas del sistema de información DGH (Resolución 510), se aportó un reporte fechado el 3 de junio de 2026, que declara un cumplimiento del 100 % y relaciona actualizaciones normativas, obligaciones del proveedor y verificaciones del sistema. Sin embargo, presenta inconsistencias entre la fecha de elaboración y el período evaluado, comprendido entre enero y octubre de 2026, y no incorpora soportes técnicos que permitan validar las implementaciones reportadas.

Frente a la tercera actividad, correspondiente a la verificación del cumplimiento normativo sobre derechos de autor y licencias de software, no se aportaron evidencias que permitan establecer su ejecución.

Adicionalmente, de acuerdo con el cronograma, las 3 actividades tenían ejecución programada para mayo de 2026 y la segunda contemplaba una nueva ejecución en la primera semana de octubre. Por tanto, se identifican debilidades en la oportunidad de ejecución, la consistencia documental y la trazabilidad de los soportes aportados.

Se recomienda corregir las referencias de vigencias anteriores en el plan y su cronograma, verificar la ejecución de las actividades dentro de los plazos establecidos, aportar los soportes que acrediten los resultados reportados y actualizar el seguimiento conforme a la programación institucional.

10) PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Para el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, código SIS_PLI_03, versión 3 del 21 de enero de 2026, se establecieron 2 actividades. Sin embargo, el cronograma presenta inconsistencias documentales, dado que en sus campos de identificación registra “En trámite”, versión 2 y vigencia 2025, mientras que su encabezado hace referencia a “Actividades Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información 2022”.

Respecto a la primera actividad, programada para enero de 2026 y relacionada con la elaboración del plan de tratamiento de riesgos, se aportó el Plan de Gerencia de la Información, código SIS-PLI-04, versión 3 del 19 de agosto de 2026, que incorpora políticas y lineamientos de gestión de riesgos. No obstante, este documento corresponde a un instrumento diferente al previsto en la actividad y, según el informe ejecutivo del 26 de octubre de 2026, se encuentra pendiente de revisión y aprobación por Calidad, así como de su oficialización y socialización. Por tanto, el soporte aportado no permite acreditar el cumplimiento de la actividad en el plazo establecido.

Frente a la segunda actividad, relacionada con el seguimiento a los controles y programada para junio y diciembre de 2026, se aportó la Herramienta Diagnóstico Seguridad y Privacidad HMGY 2026[17], con fecha del 26 de octubre de 2026. Esta registra una calificación promedio de madurez de 32,9 sobre 100, a partir de la evaluación de 93 controles.

17 Herramienta Diagnostico Seguridad y Privacidad HMGY 2026

Tema (Anexo A)	N.° controles	Calificación promedio	Nivel	Meta 2026	Brecha	Avance frente a la meta
Controles organizacionales	37	31,9	Repetible	60	28,1	53%
Controles de personas	8	40	Repetible	60	20	67%
Controles físicos	14	30	Repetible	60	30	50%
Controles tecnológicos	34	33,5	Repetible	60	26,5	56%
TOTAL ENTIDAD	**93**	**32,9**	**Repetible**	**60**	**27,1**	**55%**

Fuente: Herramienta Diagnostico Seguridad y Privacidad HMGY 2026

Asimismo, el diagnóstico reporta un avance general del 47 % en la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), considerando sus cinco fases, e identifica 20 riesgos con sus respectivas acciones de tratamiento, en el marco de la norma ISO/IEC 27001:2022.Si bien estos resultados permiten identificar brechas y acciones de tratamiento, la fecha del diagnóstico es posterior al corte evaluado y no se aportaron soportes que permitan verificar la ejecución del seguimiento programado para junio ni la implementación de las medidas definidas.

En conclusión, se evidencian avances en el diagnóstico y la identificación de riesgos; sin embargo, no fue posible acreditar el cumplimiento oportuno de las dos actividades exigibles al 30 de septiembre de 2026.

Se recomienda ajustar las inconsistencias de vigencias y versiones del cronograma, verificar el cumplimiento de las actividades en los plazos establecidos, aportar las evidencias correspondientes al seguimiento de junio e implementar y documentar las acciones de tratamiento derivadas de las brechas identificadas en el diagnóstico MSPI.

11)PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

En cuanto al Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, código SIS_PLI_02, versión 3 del 21 de enero de 2026, se identificaron inconsistencias frente a su programación, dado que el cronograma SIS_FTO_03 contempla 3 actividades y el plan cinco actividades durante la vigencia. Asimismo, el formato registra vigencia del 31 de enero de 2025, no identifica claramente su versión y conserva el encabezado “Actividades cronograma de capacitación 2022”.

Respecto a la primera actividad, relacionada con la entrega del informe de desarrollo de actividades del plan, programada para diciembre de 2026, se aportó un informe que consolida actuaciones del período comprendido entre enero y octubre de 2026, aunque registra como fecha de corte el 12 de julio de 2026. El documento presenta el estado del cronograma, las actividades desarrolladas, los resultados del diagnóstico, las actividades pendientes y el plan de trabajo. No obstante, se evidencia una inconsistencia entre el período reportado y la fecha de corte señalada.

Frente a la segunda actividad, relacionada con el desarrollo del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), programada para junio y

diciembre, se aportó el Informe de Avances del MSPI 2026, que reporta un avance general del 47 % en sus cinco fases y una calificación de madurez de 32,9 sobre 100, frente a una meta de 60. Sin embargo, aunque el informe registra como fecha de corte el 12 de julio de 2026, utiliza como referencia el diagnóstico del 26 de octubre de 2026, situación que impide corroborar el seguimiento correspondiente a junio dentro del período programado.

En cuanto a la tercera actividad, relacionada con la conformación del Comité de Seguridad de la Información (SGSI) y la definición de roles y responsabilidades, programada para junio y diciembre, no se aportó el acta de conformación. El informe de desarrollo de actividades reconoce que esta acción se encontraba pendiente y propone realizarla antes del 30 de noviembre de 2026.

Adicionalmente, los informes identifican brechas en la gestión de incidentes de seguridad, continuidad de los servicios de información, sensibilización de los funcionarios y evaluación de controles. Se destaca que, de los 20 riesgos identificados, tres permanecen clasificados en zona extrema, relacionados con la protección de las copias de seguridad del sistema DGH, el riesgo de ransomware y la ausencia de un plan de continuidad de TI.

En conclusión, no fue posible acreditar el cumplimiento oportuno de las 2 ejecuciones programadas para junio de 2026, mientras que las tres previstas para diciembre no se consideran vencidas al corte evaluado.

Se recomienda revisar las inconsistencias documentales del plan y su cronograma, aportar los soportes del seguimiento MSPI programado para junio, formalizar la instancia responsable de la seguridad de la información con sus respectivos roles y priorizar la implementación de controles para los riesgos clasificados en zona extrema, verificando su ejecución y efectividad.

5.3 PLAN ACCIÓN MIPG

Frente a la revisión de la matriz denominada Recomendaciones FURAG 2026-2027[18], correspondiente al Plan de Acción MIPG, con el propósito de verificar los avances y resultados alcanzados en las acciones programadas, con corte al 30 de septiembre de 2026.

La matriz contempla 65 acciones, distribuidas así: 11 con vencimiento al 30 de septiembre de 2026, 21 a diciembre de 2026 y 33 durante la vigencia 2027.

18 Recomendaciones FURAG 2026-2027.

Durante la revisión se evidenció que las 11 acciones cuentan con el primer seguimiento de Planeación del 30 de octubre del 2026. Asimismo, se revisaron los soportes aportados, encontrando lo siguiente:

Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos

- Respecto a la acción relacionada con la definición de los perfiles de los empleos de planta, se evidenció el cargue del Manual de Funciones de 2016. Sin embargo, este documento corresponde a una vigencia anterior a la formulación del Plan de Acción MIPG 2026-2027, por lo que no permite identificar qué acción de mejora se desarrolló durante 2026 para atender la recomendación FURAG.

  En consecuencia, se requiere precisar la acción adelantada durante la vigencia y aportar los soportes de su ejecución o, en caso de que el manual vigente ya atienda la recomendación, documentar la revisión técnica realizada y la justificación correspondiente.

- Frente a la acción relacionada con la actualización de las caracterizaciones de procesos, se evidenció el cargue de 11 caracterizaciones correspondientes a los procesos institucionales. No obstante, en el primer seguimiento de Planeación se informa que las caracterizaciones de Ambulatorios, Urgencias y Farmacia continúan en actualización. Adicionalmente, no se identifica cuáles de los documentos aportados fueron revisados o modificados durante 2026 para atender la recomendación FURAG.

- En cuanto a la acción relacionada con la implementación de tres mejoras al modelo de operación por procesos, se evidenció el cargue del Acuerdo 013 de 2025 y del diagnóstico estratégico institucional. Sin embargo, estos documentos corresponden a actuaciones previas a la ejecución del Plan de Acción MIPG 2026-2027 y no permiten identificar cuáles fueron las tres mejoras implementadas durante 2026 ni los resultados obtenidos.

Política de Seguridad Digital

Respecto a la acción relacionada con la documentación e implementación del mecanismo de reporte de incidentes de seguridad digital, se evidenció el cargue del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información 2026, código SIS_PLI_02, y del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información 2026, código SIS_PLI_03, ambos versión 03 del 21 de enero de 2026. Sin embargo, estos documentos corresponden a instrumentos de planificación y no permiten identificar el mecanismo específico implementado para el reporte de incidentes de seguridad digital, conforme a lo establecido en la acción.

Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

Respecto a la acción relacionada con el análisis de causas de los riesgos materializados y el ajuste de los controles, en el primer seguimiento Planeación informa que durante 2026 no se presentaron riesgos materializados. En este sentido, la ausencia de eventos no implica necesariamente incumplimiento de la acción, dado que su ejecución depende de la ocurrencia de una materialización.

Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción

- Respecto a la acción relacionada con la actualización de la matriz de riesgos, se evidenció el cargue del archivo Matriz Riesgos 2026[19]. Sin embargo, el soporte aportado no permite identificar, sin contrastar sus registros con la versión anterior, cuáles fueron los ajustes realizados durante 2026 para atender la recomendación FURAG, particularmente frente a la incorporación de factores asociados con fallas éticas y compromiso con lo público.

- Frente a la acción relacionada con la identificación de factores internos que afectan la integridad pública, Planeación informa que estos se encuentran incorporados en la matriz institucional de riesgos. Sin embargo, no se identifica de manera específica cuáles fueron los factores analizados durante 2026, cómo se incorporaron como causas de los riesgos de corrupción y qué acciones de mejora se implementaron como resultado.

- En cuanto a la acción relacionada con la identificación de riesgos de corrupción en los procesos de evaluación, se evidenció el cargue de la matriz institucional de riesgos y el área de Planeación informa que estos se encuentran identificados. Sin embargo, no se evidencia la identificación de riesgos de corrupción.

- Respecto a la acción relacionada con la transición al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), se evidenció el cargue del Programa de Transparencia y Ética Pública 2026 y su plan de acción. Adicionalmente, estos documentos se encuentran publicados en la página web y en la intranet institucional. Estos soportes guardan relación directa con el producto comprometido; sin embargo, no se identificó la fecha de publicación que permita establecer su cumplimiento dentro del plazo establecido.

Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

Respecto a la acción relacionada con la realización de 3 actividades de intercambio de aprendizaje entre servidores y colaboradores, se evidenció el cargue de 3

19 Matriz Riesgos 2026 - compartir.xlsx

invitaciones a Café con Propósito 2026 y del documento Café con Propósito Odontología Subcomunitaria. Sin embargo, las invitaciones acreditan la convocatoria, pero no necesariamente la realización de los encuentros, y la documentación aportada no permite establecer que se hayan desarrollado las 3 actividades comprometidas durante 2026, con sus respectivos participantes y resultados.

Política de Control Interno

Respecto a la acción relacionada con la actualización del Código de Ética y Buen Gobierno, se evidenció el cargue del documento Código de Ética y Buen Gobierno 2026, versión 4. Sin embargo, en el primer seguimiento Planeación informa que el documento continúa en actualización, ni se identifican las acciones de apropiación del Código de Integridad desarrolladas durante la vigencia para atender la recomendación FURAG.

Frente al avance del Plan de Acción MIPG, se evidenció el registro del primer seguimiento de Planeación para las 11 acciones con vencimiento al 30 de septiembre de 2026 y la presentación de soportes documentales relacionados con su ejecución. No obstante, se identificaron documentos de vigencias anteriores, actividades en proceso de actualización y evidencias que no permiten establecer las mejoras implementadas durante 2026 para atender las recomendaciones FURAG.

En particular, se identificaron situaciones relacionadas con la actualización de caracterizaciones, implementación de mejoras al modelo de operación por procesos, mecanismos de reporte de incidentes digitales, identificación de riesgos de corrupción en los procesos de evaluación, actividades de gestión del conocimiento y actualización del Código de Ética y Buen Gobierno.

Se recomienda a Planeación verificar la correspondencia entre las acciones de mejora, los productos comprometidos y las evidencias aportadas, precisar los resultados alcanzados durante 2026 y requerir a las áreas responsables los soportes que permitan verificar su ejecución y cumplimiento dentro de los plazos establecidos.

5.4 DIRECTIVA 015 DE 2022 Y LEY 2013 DE 2019

La Oficina de Control Interno realizó la revisión de la información remitida por el área de Talento Humano el 30 de octubre de 2026, en respuesta a la solicitud del 15 de octubre de 2026, relacionada con las actuaciones adelantadas para atender las disposiciones de la Directiva 015 de 2022 de la Procuraduría General de la Nación y la Ley 2013 de 2019.

Respecto a la identificación y provisión de vacantes, se evidenció el archivo Cargos Vacantes Personal de Planta 2026, en el cual se relacionan 46 cargos vacantes, distribuidos en diferentes empleos asistenciales, administrativos y de apoyo, así como 3 registros de cargos provisionales. Entre las vacantes se destacan 12 cargos de auxiliar del área de la salud, 5 de servicios generales, 5 de médico general y 4 de profesional de Servicio Social Obligatorio en Medicina. Adicionalmente, Talento Humano informó que durante la vigencia no se adelantaron procesos de selección ni convocatorias de concurso de méritos ante la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC).

En cuanto a los procesos de provisión de empleos, se aportaron 6 expedientes de nombramiento correspondientes a la vigencia 2026. Estos documentos evidencian actuaciones relacionadas con la vinculación de personal; sin embargo, se requiere consolidar la información de los nombramientos realizados, indicando cargo, modalidad de provisión, fecha de vinculación y verificación de requisitos, con el fin de establecer su correspondencia con las vacantes identificadas y las disposiciones aplicables.

Frente a la Comisión de Personal, se aportó un archivo que contiene documentación relacionada con su conformación y actuaciones. No obstante, se requiere verificar el seguimiento a las decisiones adoptadas, con el propósito de establecer el cumplimiento de las funciones que le corresponden.

Respecto a la evaluación del desempeño laboral, se evidenció el aporte de 23 reportes de evaluación, correspondientes a las áreas administrativa, científica y comunitaria. Sin embargo, no se aportó una relación consolidada de los servidores sujetos a evaluación que permita determinar la cobertura del proceso, los resultados obtenidos y el cumplimiento de los plazos establecidos.

En consecuencia, se requiere contrastar las 23 evaluaciones aportadas con el total de servidores sujetos a evaluación, identificando las evaluaciones realizadas, pendientes y sus respectivas fechas.

En relación con la actualización de información en SIGEP II, se aportaron dos archivos de monitoreo: 1 relacionado con la actualización de hojas de vida, generado el 30 de octubre de 2026, y otro correspondiente a las declaraciones de bienes y rentas, generado el 26 de octubre de 2026. Adicionalmente, Talento Humano informó que identificó servidores con información pendiente de actualización y que realizó recordatorios mediante correos electrónicos.

No obstante, la información aportada no permite establecer de manera consolidada el número de servidores obligados, cuántos se encuentran al día y cuántos presentan obligaciones pendientes al 30 de septiembre de 2026.

Respecto al cumplimiento de las disposiciones de la Ley 2013 de 2019, durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno en el aplicativo de consulta de información de Integridad de la Función Pública, se identificaron 84 registros de creación, correspondientes en su mayoría a contratistas.

No obstante, a partir de la información consultada y de los soportes suministrados por el área de Talento Humano, no fue posible establecer de manera integral la correspondencia entre los registros identificados, el universo de sujetos obligados de la entidad y el cumplimiento de las obligaciones de publicación, actualización y declaración que resulten aplicables a cada caso.

Adicionalmente, en la información aportada y en los procedimientos internos revisados no se evidenció un lineamiento institucional suficientemente definido que establezca los mecanismos para identificar a los sujetos obligados, orientar el cumplimiento de estas disposiciones, realizar el seguimiento correspondiente y documentar las verificaciones efectuadas, de acuerdo con las competencias de las áreas involucradas.

En consecuencia, se identifica una oportunidad de mejora orientada a fortalecer la gestión institucional frente a estas obligaciones, mediante la definición de responsabilidades, mecanismos de seguimiento y controles que permitan contar con información consolidada, verificable y actualizada sobre los sujetos obligados y el estado de cumplimiento de las disposiciones aplicables.

En conclusión, la información remitida por Talento Humano permite identificar actuaciones relacionadas con la administración de vacantes, provisión de empleos, evaluación del desempeño y monitoreo de información en SIGEP II. No obstante, persisten aspectos que requieren verificación adicional, particularmente frente a la trazabilidad de la provisión de los 46 cargos vacantes, la cobertura de las 23 evaluaciones del desempeño y la identificación y seguimiento de los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019.

6 RESULTADO DEL INFORME

6.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA

1) **Seguimiento a la ejecución de los planes:** Se identificaron diferencias entre los avances reportados por las áreas y los resultados verificables mediante los soportes aportados, así como actividades sin evidencia suficiente para establecer su ejecución y cumplimiento al corte evaluado.

2) **Coherencia y actualización documental:** Se evidenciaron inconsistencias entre los planes y sus cronogramas, relacionadas con versiones, vigencias, cantidades programadas y ejecutadas, y documentos correspondientes a períodos anteriores.

3) **Oportunidad en la ejecución:** Se identificaron actividades desarrolladas fuera de los plazos establecidos, otras pendientes de ejecución y soportes elaborados con posterioridad al corte evaluado, lo que limita la verificación del cumplimiento oportuno de los compromisos.

4) **Medición de resultados:** En algunos planes se reporta el cumplimiento a partir de documentos, contratos o actividades realizadas, sin acreditar integralmente los resultados, la cobertura, los beneficios obtenidos o el cumplimiento de las metas establecidas.

5) **Trazabilidad de las modificaciones:** Se identificaron diferencias entre la programación inicial y los cronogramas de seguimiento, sin que en todos los casos se evidenciaran las justificaciones, fechas de modificación y decisiones adoptadas por las instancias competentes.

6) **Articulación de los instrumentos de planeación:** Se observaron diferencias entre los resultados de los planes individuales y los avances reportados en los planes estratégicos que los integran, lo que afecta la consistencia del seguimiento institucional.

7) **Gestión de riesgos y seguridad de la información:** Se identificaron actividades pendientes relacionadas con la implementación de controles, seguimiento a riesgos, gestión de incidentes, continuidad de los servicios de información y medición de la efectividad de las medidas adoptadas.

8) **Seguimiento a las recomendaciones FURAG:** Se evidenció el cargue de documentos de vigencias anteriores y soportes que no permiten identificar las acciones de mejora efectivamente implementadas durante 2026 para atender los compromisos del Plan de Acción MIPG 2026-2027.

9) **Suficiencia y trazabilidad de la información:** Se identificaron limitaciones en la completitud, consolidación y trazabilidad de la información suministrada por las áreas, particularmente en los componentes de talento humano, lo que restringió la verificación integral de determinados resultados y obligaciones al corte evaluado.

6.2 RECOMENDACIONES

1) Implementar mecanismos de seguimiento periódico que permitan verificar el cumplimiento de las actividades de los planes institucionales, identificar desviaciones y establecer acciones correctivas oportunas, mediante la actualización de la información por parte de las áreas responsables, incluyendo actividades programadas, ejecuciones realizadas, resultados, evidencias y justificaciones de las desviaciones identificadas.

2) Conciliar los porcentajes de avance y cumplimiento reportados con las actividades efectivamente ejecutadas, los cronogramas aprobados y los soportes disponibles, diferenciando el avance anual, el cumplimiento de las actividades exigibles al corte y los resultados efectivamente alcanzados.

3) Actualizar y unificar los instrumentos de planeación, verificando la coherencia entre versiones, vigencias, cronogramas, actividades, responsables, fechas y metas, y garantizando la utilización de documentos e instrumentos vigentes.

4) Establecer controles sobre las modificaciones y reprogramaciones de los planes institucionales, documentando sus causas, fechas, responsables y aprobación por las instancias competentes, según corresponda.

5) Garantizar que las actualizaciones, modificaciones o reprogramaciones de los planes institucionales sean presentadas ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su revisión y aprobación, cuando corresponda, dejando constancia de las decisiones adoptadas y asegurando la actualización y publicación de las versiones aprobadas en la pagina institucional y demás canales de divulgación aplicables.

6) Establecer indicadores de resultado y mecanismos de verificación que permitan evaluar los efectos de las actividades ejecutadas, considerando aspectos como cobertura, oportunidad, cumplimiento de metas y efectividad de las acciones implementadas, más allá del cumplimiento de actividades o la elaboración de documentos.

7) Priorizar la ejecución de las actividades pendientes o con cumplimiento parcial, particularmente las relacionadas con seguridad y salud en el trabajo, gestión de riesgos, seguridad de la información y continuidad de los servicios institucionales, definiendo responsables, plazos y acciones concretas para corregir las desviaciones identificadas.

8) Implementar y verificar los controles de seguridad de la información asociados con los riesgos clasificados en zona extrema, especialmente los relacionados con copias de seguridad, ransomware y continuidad de los servicios tecnológicos.

9) Conciliar el Plan Anual de Adquisiciones aprobado con sus modificaciones y publicaciones en SECOP II, verificando las variaciones de valores, fechas y procesos contractuales, documentando las modificaciones y sus respectivas justificaciones.

10) Verificar las acciones de mejora del Plan MIPG 2026-2027, identificando los productos implementados durante la vigencia y exigiendo evidencias que

acrediten su ejecución efectiva, en lugar de limitar el seguimiento al cargue de documentos preexistentes.

11) Presentar ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño un balance consolidado de los planes institucionales de forma periódica, que identifique los resultados alcanzados, las actividades pendientes, las desviaciones presentadas y las decisiones requeridas para el cierre de la vigencia.

12) Verificar la articulación entre los planes estratégicos y sus respectivos planes operativos, incorporando los resultados de ejecución individual en el seguimiento institucional, para garantizar la articulación entre la planeación estratégica y la ejecución de las actividades.

13) Formular, actualizar y estructurar los planes institucionales de conformidad con los lineamientos, metodologías, parámetros y disposiciones establecidos, garantizando su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la normatividad vigente y las orientaciones aplicables a cada instrumento de planeación.

14) Se recomienda al área de Talento Humano verificar el cumplimiento de las obligaciones de presentación y publicación de las declaraciones de bienes y rentas y conflictos de intereses por parte de los sujetos obligados, de conformidad con la Ley 2013 de 2019,

7 CONCLUSIONES

La evaluación realizada permitió identificar avances en la ejecución del Plan Operativo Anual 2026, los planes institucionales y estratégicos y el Plan de Acción MIPG 2026-2027. No obstante, se evidenciaron diferencias entre los resultados reportados por las áreas y los soportes disponibles para verificar el cumplimiento de las actividades y metas establecidas.

Respecto al Plan Operativo Anual (POA) 2026, el seguimiento del primer semestre registró 18 metas cumplidas de las 47 establecidas, con un cumplimiento ponderado del 64,6 % y un resultado semestral del 32,3 %, conforme a la metodología institucional. Por su parte, la matriz correspondiente al tercer trimestre reportó 17 metas cumplidas y 30 no cumplidas, con un resultado ponderado del 71,82 %, pendiente de validación metodológica. La revisión evidenció documentos de vigencias anteriores, diferencias en la identificación de indicadores y soportes que no permiten acreditar directamente algunos resultados cuantitativos, particularmente en gestión del riesgo, humanización, recuperación de cartera y reducción de la huella de carbono.

Frente a los planes institucionales y estratégicos, se verificó su formulación y publicación para la vigencia 2026, así como la ejecución de actividades

relacionadas con talento humano, gestión documental, contratación, seguridad y salud en el trabajo y tecnologías de la información. No obstante, se identificaron diferencias entre los porcentajes reportados y los resultados verificables, inconsistencias documentales, actividades pendientes y limitaciones para determinar la efectividad de algunas acciones implementadas.

En relación con el seguimiento institucional, se evidenció que los instrumentos de planeación no siempre presentan información consistente sobre actividades programadas, ejecuciones, fechas y resultados. Esta situación limita la consolidación de información confiable para la toma de decisiones y la identificación oportuna de desviaciones.

Frente al Plan de Acción MIPG 2026-2027, se evidenció seguimiento a las 11 acciones con vencimiento al 30 de septiembre de 2026 y el aporte de documentación relacionada con su ejecución. No obstante, en varios casos no fue posible identificar las mejoras efectivamente implementadas durante la vigencia ni verificar integralmente los productos comprometidos para atender las recomendaciones FURAG.

En relación con las obligaciones asociadas a la Directiva 015 de 2022 y la Ley 2013 de 2019, se recibió información complementaria del área de Talento Humano; sin embargo, los soportes aportados no permitieron establecer integralmente su nivel de cumplimiento. Persisten limitaciones para verificar la cobertura de las evaluaciones del desempeño, la actualización de información en SIGEP II, la identificación de los sujetos obligados y el seguimiento a las obligaciones de publicación y declaración que resulten aplicables.

En términos generales, la evaluación evidencia la necesidad de mejorar la calidad del seguimiento institucional, la consistencia de los resultados reportados y la trazabilidad de las acciones ejecutadas, de manera que la información presentada a la Alta Dirección permita identificar oportunamente las desviaciones y adoptar decisiones frente al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Yuly Andrea Huertas Alonso
Profesional de Apoyo
Oficina de Control Interno

Camila Andrea Ávila Millán
Jefe de Control Interno
Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha