

 <p>Hospital San Félix E.S.E. LA DORADA - CALDAS Construyendo salud para nuestra región.</p>	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN FÉLIX DE LA DORADA**

**INFORME SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612
PRIMER SEMESTRE DE 2025**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Presentado a:

CESAR AUGUSTO RINCONES SANCHEZ Gerente
ANTONIO MARÍA GÓMEZ BETANCUR Prof. Especializado Área Administrativa

JULIO 2025

NIT. 810.000.913-8
Dirección: Calle 12 No. 4-20 Teléfonos (6) 8392000 / 018000941888
La Dorada - Caldas - Colombia
www.hospitalsanfelix.gov.co
Página 1 de 40

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Con el fin de dar continuidad y cumplimiento a las funciones del área de Control Interno, definidas en la Ley 87 de 1993, Decreto 1599 de 2005, Artículo 76 de la Ley 1474 de junio de 2011, Decreto 1499 de 2017 y Decreto 648 de 2017, me permito presentar el informe de seguimiento a los planes del decreto 612 del primer semestre de la vigencia 2025 de la ESE Hospital San Félix de la Dorada Caldas.

OBJETIVO:

Desde un enfoque preventivo, se pretende evaluar el nivel de cumplimiento de los planes establecidos en el Decreto 612 durante el primer semestre de la vigencia 2025, conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente

ALCANCE:

El alcance de la evaluación aplica a los **Doce (12)** planes institucionales y estratégicos definidos en el Decreto 612 de 2018, implementados en la E.S.E Hospital San Félix de la Dorada. Estos planes son:

- Política de Transparencia y Ética Pública
- Plan Anual de Adquisiciones
- Plan Anual de vacantes
- Plan Estratégico de Talento Humano
- Plan de Capacitación
- Plan de Bienestar social e incentivos
- Plan de Previsión del Recurso Humano
- Plan institucional de Archivo - El Pinar
- Plan de Seguridad y salud en el trabajo
- Plan Estratégico de Tecnologías de la información y las comunicaciones PETI
- Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información
- Plan de seguridad y privacidad de la información

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Y tienen una relación directa con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG el cual es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión. Está compuesto por 7 dimensiones y 19 políticas, las cuales deben ser implementadas por las entidades del orden nacional y territorial y su monitoreo se realiza a través del Formulario Único de Avances en la Gestión-FURAG.

POLITICA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA

Garantizar una gestión institucional íntegra, transparente y orientada al interés público, mediante la implementación de prácticas éticas, mecanismos efectivos de rendición de cuentas y el acceso abierto a la información. Todo ello con el objetivo de fortalecer la confianza ciudadana, prevenir la corrupción y asegurar un uso eficiente y equitativo de los recursos públicos

COMPONENTES

- Gestión Integral Riesgos de Corrupción Mapa de Riesgos Corrupción
- Redes Institucionales y Canales de Denuncia
- Legalidad e Integridad
- Iniciativas Adicionales
- Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas
- Rendición de Cuentas
- Transparencia y Acceso a la Información
- Estado Abierto

La oficina de Control Interno realizo el primer seguimiento a la Política con corte al 30 de Abril como quedo consignado en la misma y se dejaron las siguientes observaciones y recomendaciones:

Durante el primer seguimiento a la Política de Transparencia y Ética Pública, se evidenció que el Componente No. 2: **Redes Institucionales y Canales de Denuncia** aún no ha iniciado su implementación. Se establecieron cinco (5) actividades para este componente, de las cuales tres (3) debían ejecutarse en el primer cuatrimestre del año, y las dos restantes tienen como fecha límite el 31 de diciembre.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Esta situación representa un retraso frente al cronograma establecido, lo cual puede afectar el cumplimiento integral de los objetivos de la política.

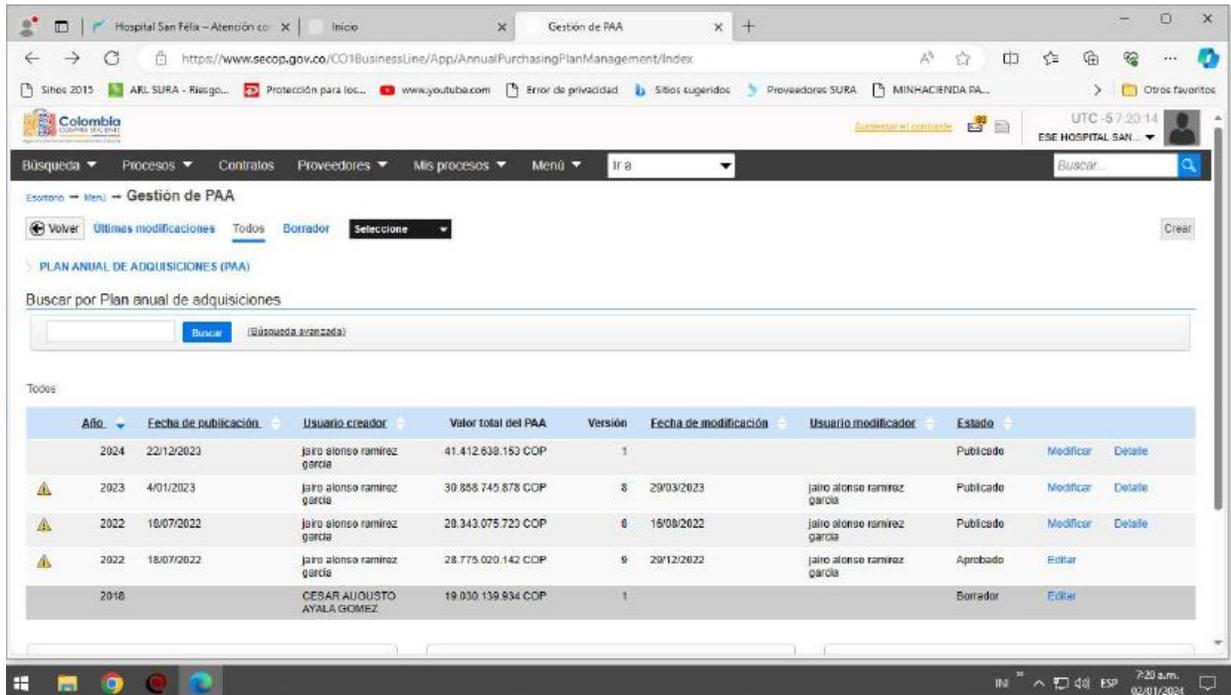
Se evidenció que el **cronograma de implementación de la Política de Transparencia y Ética Pública carece de asignación de responsables específicos** para cada una de las actividades programadas. Esta omisión dificulta el seguimiento y el control efectivo del cumplimiento.

Se recomienda acelerar la puesta en marcha de las actividades programadas para el Componente No. 2, priorizando las que debían ejecutarse en el primer cuatrimestre, con el fin de recuperar el tiempo perdido y garantizar un seguimiento oportuno y eficaz de la política. Asimismo, se sugiere revisar los factores que han impedido el inicio de su implementación y establecer medidas correctivas inmediatas.

Se recomienda **actualizar el cronograma de implementación**, asignando claramente los **responsables de cada actividad**, y establecer mecanismos de seguimiento con plazos definidos. Asimismo, es fundamental **socializar la política con los líderes de proceso y equipos de trabajo**, con el objetivo de fortalecer su apropiación, facilitar su ejecución y asegurar el cumplimiento de lo estipulado en la normativa vigente.

Plan Anual de adquisiciones

Se público en la página web a 31 de diciembre de 2024 de acuerdo a como quedo el presupuesto para la vigencia y publicado en el secop II dentro de los términos establecidos desde la oficina de Planeación.



The screenshot shows a web browser window with the URL <https://www.secop.gov.co/CO18BusinessLine/App/AnnualPurchasingPlanManagement/Index>. The page title is 'Gestión de PAA'. Below the navigation bar, there is a search box for 'Plan anual de adquisiciones'. The main content area displays a table with the following data:

Año	Fecha de publicación	Usuario creador	Valor total del PAA	Versión	Fecha de modificación	Usuario modificador	Estado		
2024	22/12/2023	jairo alonso ramirez garcia	41.412.838.153 COP	1			Publicado	Modificar	Detalle
2023	4/01/2023	jairo alonso ramirez garcia	30.858.745.878 COP	8	29/03/2023	jairo alonso ramirez garcia	Publicado	Modificar	Detalle
2022	18/07/2022	jairo alonso ramirez garcia	28.343.075.723 COP	8	18/08/2022	jairo alonso ramirez garcia	Publicado	Modificar	Detalle
2022	18/07/2022	jairo alonso ramirez garcia	28.775.020.142 COP	9	29/12/2022	jairo alonso ramirez garcia	Aprobado	Editar	
2018		CESAR AUGUSTO AYALA GOMEZ	19.030.139.934 COP	1			Borrador	Editar	

Al 30 de junio, el cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones, según la ejecución presupuestal, presenta los siguientes avances: 77% comprometido, 44.8% obligado y 42.8% girado. Esta situación se debe a la existencia de contratos vigentes hasta final de año, tales como suministros y servicios de especialistas. Aunque el presupuesto ya se encuentra comprometido, aún hay recursos disponibles dentro de ese compromiso, dado que no se han realizado todos los giros correspondientes.

Plan Anual de Vacantes

Este Plan fue actualizado de acuerdo a la ley y publicado para la vigencia 2025, en la página de la ESE dentro de los términos establecidos, por el área de Planeación.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Objetivo General:

Definir y aplicar técnicas que permitan administrar el diagnóstico y la provisión del capital humano de la E.S.E Hospital San Félix, durante la vigencia 2025, identificando las necesidades de personal, teniendo en cuenta el tipo de vinculación y garantizar que se disponga del número de servidores necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Alcance:

El Plan Anual de Vacantes de la E.S.E Hospital San Félix, para la vigencia 2025, permite a la entidad proyectar estratégicamente su capital humano a corto y mediano plazo, teniendo en cuenta que la planta global de la entidad está compuesta actualmente de sesenta y ocho (68) empleos en la planta global; tomando como prioridad la siguiente vigencia; previendo el número de empleados que se requieren para cumplir con los objetivos misionales, estratégicos y de apoyo de la entidad.

Este plan fue actualizado y publicado en la página web en los términos establecidos.

Plan Anual de Vacantes

Print
Export

DOCUMENTO	LINK
PLAN ANUAL DE VACANTES 2025	VER LINK
PLAN ANUAL DE VACANTES 2024	VER LINK
PLAN ANUAL DE VACANTES 2023	VER LINK

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

El siguiente cuadro es la planta global con la que cuenta la Ese Hospital San Félix de la Dorada Caldas donde vemos para el primer semestre de la vigencia 2025 se tenían una planta global de 68 donde se encuentran 21 cargos vacantes los mismos que se traían en la vigencia 2024

AREA ADMINISTRATIVA					
NIVEL DIRECTIVO					
CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad
085	02	1	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	TC	Periodo Fijo
072	01	1	SUBDIRECTOR CIENTIFICO	TC	Libre Nombramiento y Remoción
NIVEL ASESOR					
CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad
105	03	1	ASESOR DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	TC	Periodo Fijo
NIVEL PROFESIONAL					
CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad

222	02	1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	TC	Carrera Administrativa
201	04	1	TESORERO GENERAL	TC	Libre Nombramiento y Remoción
NIVEL ASISTENCIAL					
CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad
425	03	1	SECRETARIO EJECUTIVO	TC	Carrera Administrativa
440	03	1	SECRETARIA	TC	Libre Nombramiento y Remoción
407	01	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TC	Carrera Administrativa
407	01	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TC	Carrera Administrativa
407	01	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TC	Carrera Administrativa
407	01	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TC	Carrera Administrativa
AREA ASISTENCIAL					
NIVEL PROFESIONAL					
CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad
211	05	1	MEDICO GENERAL	TC	Carrera Administrativa

243	04	1	ENFERMERO	TC	Carrera Administrativa
237	03	1	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD (Bacteriologa)	TC	Provisionalidad
214	01	1	ODONTOLOGO	TC	Provisionalidad
NIVEL TECNICO					
CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad
367	03	1	TECNICO ADMINISTRATIVO (Estadística)	TC	Provisionalidad
367	03	1	TECNICO ADMINISTRATIVO (Estadística)	TC	Carrera Administrativa
367	02	1	TECNICO ADMINISTRATIVO (Almacenista)	TC	Libre Nombramiento y Remosion
323	04	1	TECNICO AREA DE SALUD (Saneamiento)	TC	Carrera Administrativa
323	04	1	TECNICO AREA DE SALUD (Saneamiento)	TC	Carrera Administrativa
323	04	1	TECNICO AREA DE SALUD (Saneamiento)	TC	Provisionalidad
NIVEL ASISTENCIAL					
CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad

412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa

 <p>Hospital San Félix E.S.E. LA DORADA - CALDAS Construyendo salud para nuestra región.</p>	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa
412	06	1	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	Carrera Administrativa

PLANTA TRABAJADORES OFICIALES

CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad
		1	OPERARIOS SERVICIOS GENERALES	TC	Trabajadores Oficiales
		1	OPERARIOS SERVICIOS GENERALES	TC	Trabajadores Oficiales
		41	TOTAL PLANTA DE PERSONAL		

VACANTES

CÓDIGO	GRADO	No.	DENOMINACION	Horas	Modalidad
105	03	1	ASESOR JURIDICO	TC	VACANTE

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612		CÓDIGO: CI-S01-F001
			VERSIÓN: 01
			FECHA: 2021-08-02

412	06	11	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	VACANTE
412	05	1	AUXILIAR AREA SALUD (Higiene Oral)	TC	VACANTE
412	04	1	AUXILIAR AREA SALUD (Rx)	TC	VACANTE
412	03	1	AUXILIAR AREA SALUD (Laboratorio)	TC	VACANTE
412	01	3	AUXILIAR AREA SALUD (Promotora)	TC	VACANTE
		5	OPERARIOS SERVICIOS GENERALES (VACANTE)	TC	VACANTE
367	03	2	TECNICO ADMINISTRATIVO (Estadística)	TC	VACANTE
323	04	1	TECNICO AREA DE SALUD (Saneamiento)	TC	VACANTE
		1	AUXILIAR MANTENIMIENTO	TC	
		27	TOTAL, PLANTA DE PERSONAL GLOBAL VACANTES		

En el primer semestre de esta vigencia no se presentaron vacantes, continua igual, ante la OPEC se encuentran registradas 19 vacantes, las 3 de diferencia son las promotoras, los términos establecidos, para el reporte ante la OPEC son cinco días (5) hábiles después de presentada la vacante.

La ESE está a la espera que la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) convoque al concurso.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Plan Estratégico de Talento Humano

Este Plan fue actualizado y publicado para la vigencia 2024, en la página de la E.S.E dentro de los términos establecidos por el área de Planeación.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el capital humano de la E.S.E Hospital San Félix mediante políticas, estrategias y mecanismos que permitan optimizar las fases del ciclo de vida laboral de los servidores públicos de la entidad (Planeación-Ingreso-Desarrollo-Retiro), fomentando así la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios

ALCANCE

El Plan Estratégico de Talento Humano de la E.S.E Hospital San Félix, inicia con el diagnóstico de necesidades de cada uno de los componentes y termina con el seguimiento y control de las actividades ejecutadas en cada uno de los mismos. Aplica a los funcionarios de la entidad: servidores públicos de carrera, libre nombramiento y remoción, y provisionales.

Los componentes que integran el Plan Estratégico de Talento Humano de la E.S.E Hospital San Félix, se relacionan a continuación:

- Previsión del recurso humano
- Provisión de empleos
- Bienestar Social e Incentivos
- Capacitación
- Seguridad y Salud en el Trabajo

Por lo cual se llevó a cabo su respectiva revisión encontrando que se encuentran integrados todos los planes dentro de este plan.

NIT. 810.000.913-8
Dirección: Calle 12 No. 4-20 Teléfonos (6) 8392000 / 018000941888
La Dorada - Caldas - Colombia
www.hospitalsanfelix.gov.co
Página 13 de 40

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Su objetivo general es fortalecer el capital humano de la E.S.E Hospital San Félix mediante políticas, estrategias y mecanismos que permitan optimizar las fases del ciclo de vida laboral de los servidores públicos de la entidad (Planeación-Ingreso-Desarrollo-Retiro), fomentando así la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios

Se le realizo a cada plan su seguimiento por separado.

Se tiene una lista de chequeo que es aplicada de manera adecuada para la recepción de los documentos, se realizan las evaluaciones de desempeño, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil-CNSC mediante Acuerdo 6176 de 2018 y se utilizan los instrumentos propuestos por este ente para dar cumplimiento a la Ley 909 de 2004, Artículo 15, Literal g) *“Implantar el sistema de evaluación del desempeño al interior de cada entidad, de acuerdo con las normas vigentes y los procedimientos establecidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil”*

Se cumple con las estrategias propuestas de inducción y reinducción y se cuenta con las evidencias fotográficas y las listas de asistencia.

Así mismo se realiza mes a mes el reporte de nómina del personal de planta. Finalmente, se realiza día a día diferentes acciones encaminadas que permitan dar la ejecución de dicho plan, así como de los diferentes planes que permiten gestionar el talento humano en la institución.

Plan de Capacitación:

Este Plan fue actualizado y publicado en la página web de la E.S.E dentro de los términos establecidos por el área de Planeación.

A través del Plan Institucional de Capacitación (PIC), la dependencia de Talento Humano impulsa una cultura organizacional basada en el conocimiento, orientada al fortalecimiento de competencias, habilidades y actitudes de servicio. Esto se logra mediante programas de formación y capacitación que promueven tanto la alineación con los objetivos institucionales como el desarrollo integral de los servidores públicos de la entidad.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

El presente plan Institucional de Capacitación contempla cuatro ejes temáticos priorizados en el Plan Nacional de Formación y Capacitación 2020- 2030 del Departamento Administrativo de la Función Pública, que agregarán valor a la formación y, por ende, al desempeño del servidor público mediante su desarrollo integral y para la orientación del ejercicio de sus funciones:

Eje 1. Gestión del Conocimiento y la innovación

Eje 2. Creación de Valor Público

Eje 3. Transformación Digital

Eje 4. Probidad y Ética de lo Público

Dentro del Plan de Capacitación se dará prioridad a estos ejes temáticos que conducen al cumplimiento de los planes estratégicos de la Entidad.

Para conocer los temas que requieren los servidores de la entidad para que fortalezcan las competencias, se diseñó la encuesta virtual para los funcionarios de planta con temáticas estructuradas por cada uno de los cuatro ejes, de acuerdo con las temáticas agrupadas por la función pública.

El instrumento de medición, se encuentra en la plataforma institucional del sistema integrado de gestión “TH-S01-F006 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES PLAN DE CAPACITACIÓN”.

De acuerdo a la encuesta aplicada al personal sobre los temas para las capacitaciones en la vigencia 2025 de acuerdo a los 4 ejes temáticos se programaron las siguientes capacitaciones:

INSUMO	Necesidad Institucional	Eje temático	Competencia			Recursos		FECHAS PROBABLES DE EJECUCION												PLANEADA	EJECUTADA	OBSERVACIONES
			Saber	Hacer	Ser	Pecuniario	No pecuniario	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
ADES - PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION HSF 2025	Inducción	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X			X		X	X	X											
	Reinducción Institucional	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X			X			X												
	Comunicación asertiva, creatividad e innovación y trabajo en equipo	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X	X		X			X		X										
	Normatividad en Salud	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X		X																
	Plataforma Estratégica (Inducción, Reinducción y Orientación Institucional)	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X			X															
	Mecanismos para la medición del desempeño institucional	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X			X															
	Aplicando ciberseguridad en redes	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X			X															
	Fortalecimiento de las competencias blandas	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X	X		X		X													
	Gestión documental (organización de archivos de gestión, control de los documentos en las unidades de correspondencia, elaboración de documentos organizacionales)	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X		X																
	Atención integral de urgencias a víctimas de ataque con agentes químicos	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X			X															
	Atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas de conflicto armado	Gestión del conocimiento y la innovación	X	X			X															
	Atención y servicio al ciudadano	Creación de valor público	X	X	X		X		X													
	Lenguaje claro	Creación de valor público	X	X	X		X															
	Administración de inmunobiológicos	Creación de valor público	X	X			X															
Participación Ciudadana y Mecanismos de Participación	Creación de valor público	X	X			X																
Primeros Auxilios	Creación de valor público	X	X	X		X																
DIAGNOSTICO DE NECESIDAD	Apropiación y uso de la tecnología	Creación de valor público	X	X			X															
	Prevención en salud mental	Creación de valor público	X	X	X		X															
	Humanización en los servicios de salud	Creación de valor público			X		X															
	Herramientas Ofimáticas	Transformación digital	X	X			X															
	Manejo de equipos biomédicos	Transformación digital	X	X			X															
	Código de Integridad	probabilidad y ética de lo			X		X	X	X													
	Limpieza de áreas y superficies	Otras capacitaciones de apoyo	X	X		X																

Según el cronograma establecido para la vigencia 2025, se programaron 36 capacitaciones hasta el mes de junio. De estas, se llevaron a cabo 14, lo que representa un cumplimiento del 38,88%, quedando 22 capacitaciones pendientes por ejecutar.

Es importante señalar que se planificaron 6 jornadas de inducción, a razón de una por mes, pero únicamente se realizaron 3, dirigidas al personal médico rural. Del mismo modo, se programaron 6 capacitaciones sobre el Código de Integridad y la Política de Integridad, de las cuales también se ejecutaron solo 3, por la misma razón.



	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Plan de Bienestar Social e Incentivos:

Este Plan fue actualizado y publicado en la página web de la E.S.E dentro de los términos establecidos, por el área de Planeación.

Dicho plan cuenta con un objetivo general que es mejorar la calidad de vida de los funcionarios de la E.S.E Hospital San Félix y sus familias, mediante ambientes de esparcimiento, capacitación e integración familiar y laboral que redunden en aumento de los niveles de satisfacción, eficacia y efectividad y el sentido de pertenencia del servidor público con la Entidad.

Con este plan se busca promover una atención integral del servidor y generar espacios que permitan una interrelación con la Entidad, entre compañeros de trabajo y entre los funcionarios y sus familias, para satisfacer sus necesidades en aspectos sociales, culturales, recreativos; entre otros, que permitan mantener un favorable clima organizacional, relaciones laborales tranquilas, promover el trabajo en equipo, fortalecer la cultura y la recreación, disminuyendo el sedentarismo, así como generar estrategias que apoyen el proceso de preparación a los prepensionables para el retiro del servicio.

Para la ejecución de las actividades que hacen parte del Plan de Bienestar 2025, estas han sido clasificadas de acuerdo con las áreas de intervención y en alineación con los componentes y ejes temáticos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el Programa Nacional de Bienestar: Servidores Saludables, Entidades Sostenibles 2020- 2022; así:

- Eje 1. Equilibrio Psicosocial
- Eje 2. Salud Mental
- Eje 3. Convivencia Social
- Eje 4. Alianzas Interinstitucionales
- Eje 5. Transformación Digital

Para ello se realizó un cronograma de actividades para toda la vigencia 2025 como resultado de una encuesta aplicada a los funcionarios de planta con el fin de conocer que actividades querían que la entidad realizará en el 2025.

CRONOGRAMA PLAN DE BIENESTAR														
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PRESUPUESTO	
Diseño y aprobación plan de bienestar social , Estimulos e incentivos	X													
Celebración fechas especiales (día de la mujer, día de la madre, del padre, amor y amistad, etc	X	X	X	X	X	X	X							
Día de la Familia(turismo cajas de compensacion familiar)														
Día del Funcionario y reconocimientos por antigüedad														
Día del Niño														
Clima Laboral(talleres trabajo en equipo y otros)				X										
Caminatas Ecologicas														
Campaña salud Visual y Auditiva (arl)				X										
Curso Cocina Saludable , navideña o internacional														
Fortalecimiento de la vida espiritual (yoga, misas, reuniones según el credo)		X		X										
Entorno laboral saludable (semana de habitos saludables) arl						X								
Apoyo Psicologico, manejo de estrés y cansancio extremo														
Taller uso de nuevas tecnologías para funcionarios y sus hijos														
Cierre de Gestios														
Novenas Navideñas														

De acuerdo con el cronograma establecido, durante el primer semestre de la vigencia 2025 el comité ejecutó 12 de las 32 actividades programadas, lo que representa un cumplimiento del 37,5%.





Plan de Previsión del Recurso Humano

Este Plan fue publicado en la página de la ESE dentro de los términos establecidos por la ley por el área de Planeación y aprobado mediante comité de Gestión y Desempeño en el mes de enero.

OBJETIVO

Disponer de información oportuna y confiable que permita gestionar eficazmente la provisión de los empleos vacantes, ya sea de forma definitiva o temporal, garantizando la disponibilidad de los recursos financieros requeridos para tal fin. Asimismo, establecer los lineamientos y modalidades de provisión de acuerdo con la normativa legal vigente, asegurando una adecuada administración del personal en las entidades públicas, en función del cumplimiento de sus objetivos institucionales y la continuidad en la prestación de los servicios

 <p>Hospital San Félix E.S.E. LA DORADA - CALDAS Construyendo salud para nuestra región.</p>	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

VACANTES				
CÓDIGO	GRADO	No. CARGOS	DENOMINACION	Modalidad
412	06	10	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	VACANTE
412	05	1	AUXILIAR AREA SALUD (Higiene Oral)	VACANTE
412	04	1	AUXILIAR AREA SALUD (Rx)	VACANTE
412	03	1	AUXILIAR AREA SALUD (Laboratorio)	VACANTE
412	01	1	AUXILIAR AREA SALUD (Promotora)	VACANTE
		5	OPERARIOS SERVICIOS GENERALES (VAC)	VACANTE
367	03	2	TECNICO ADMINISTRATIVO (Estadística)	VACANTE
		21	TOTAL EMPLEOS VACANTES	

Fuente. Área Gestión de Talento Humano

ALCANCE

El Plan de Previsión de Recurso Humano, para la vigencia 2025, permite a la E.S.E proyectar estratégicamente su capital humano a corto y mediano plazo, teniendo en cuenta que la planta global de la entidad está compuesta actualmente de sesenta y ocho (68) empleos, tomando como prioridad la siguiente vigencia; previendo el número de empleados que se requieren para cumplir con los objetivos misionales, estratégicos y de apoyo de la entidad.

Actualmente la E.S.E cuenta con las siguientes vacantes definitivas:

VACANTES					
CÓDIGO	GRADO	No. CARGOS	DENOMINACION	Horas	Modalidad
105	03	1	ASESOR JURIDICO	TC	VACANTE
412	06	11	AUXILIAR AREA SALUD (Enfermería)	TC	VACANTE
412	05	1	AUXILIAR AREA SALUD (Higiene Oral)	TC	VACANTE
412	04	1	AUXILIAR AREA SALUD (Rx)	TC	VACANTE
412	03	1	AUXILIAR AREA SALUD (Laboratorio)	TC	VACANTE
412	01	3	AUXILIAR AREA SALUD (Promotora)	TC	VACANTE
		5	OPERARIOS SERVICIOS GENERALES (VACANTE)	TC	VACANTE
367	03	2	TECNICO ADMINISTRATIVO (Estadística)	TC	VACANTE
323	04	1	TECNICO AREA DE SALUD (Saneamiento)	TC	VACANTE
		1	AUXILIAR MANTENIMIENTO	TC	
		27	TOTAL, PLANTA DE PERSONAL GLOBAL VACANTES		

Durante el primer semestre de la vigencia 2025 no se presentaron nuevas vacantes, siguen las mismas que se tienen en la OPEC a la espera que la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) convoque al concurso.

Plan Institucional de Archivo (PINAR)

Este Plan fue publicado en la página de la ESE dentro de los términos establecidos por la ley por el área de Planeación y aprobado mediante comité de Gestión y Desempeño en el mes de enero.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Este Plan fue actualizado de acuerdo a la ley 594 de 2000, el decreto 1080 de 2015 y el decreto 612 de 2017 publicado en la página de la ESE dentro de los términos establecidos de ley por el área de Planeación.

ASPECTOS CRITICOS	RIESGO
1. Instalaciones del Archivo Central inadecuadas para la conservación de los documentos de la entidad.	Documentos deteriorados por uso inadecuado de las unidades de conservación.
	Pérdida parcial o total de la información
	Daños ocasionados por aspectos ambientales
	Deterioro de los documentos
	Documentación afectada por ataques físicos, biológicos y ambientales
2. Falta de inducción al personal encargado de la Gestión Documental de la Entidad.	Retraso en respuestas a requerimientos por parte de los funcionarios y/o entidades externas.
	Retrasos en crear una verdadera cultura archivística en la entidad.
	Falta de aplicación las normas archivísticas vigentes.
3. Inexistencia archivo central	Falta área coordinadora de la gestión documental de la entidad
	administración de la gestión documental por una persona sin formación
	Disminución de la capacidad analítica
	Pérdida del ciclo vital de cada uno de los documentos por no tener control sobre los tiempos de retención.
	Ocupación inadecuada de espacios físicos y virtuales
	Desconocimiento de la normatividad
	Duplicidad de la información

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

4. No se cuenta con Programas de Capacitaciones para el personal.	Mal manejo de los documentos y sin criterios archivísticos.
5. Acumulación de información en los Archivos de gestión de la entidad	Hallazgos por no cumplimiento de la norma
	Pérdida de información
	Demoras por reproceso, mal tramitados.
6. falta de aplicación instrumentos archivísticos	Elaboración de documentos sin formatos institucionales
	Utilización inadecuada y filtración de información
	Pérdida del patrimonio documental
	Falta de aplicación las normas archivísticas vigentes.
	Alto riesgo de pérdida de información ante la inexistencia de un sistema integrado de conservación documental
	Generación de fondos documentales acumulados en los archivos de gestión por falta de un plan de transferencias documentales.
7. Software de Gestión Documental sin parametrización de todos los procesos archivísticos	No aprovechamiento y uso de las tecnologías de la información, las políticas de gobierno digital y Arquitectura Empresarial.
	Dificultad en los controles para tiempos de respuesta
	Falta de interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información
8. Falta de políticas para el manejo de los documentos electrónicos.	Falta de metadatos para la recuperación de información digital y electrónica.
	Dificultad para la verificación de la integridad de los expedientes electrónicos

 <p>Hospital San Félix E.S.E. LA DORADA - CALDAS Construyendo salud para nuestra región.</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612</p>	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

	Dificultad para la recuperación de los archivos por falta de un plan de conservación a largo plazo
	Se pone en riesgo la accesibilidad a la información por parte de los usuarios internos y externos

La entidad a la fecha no cuenta con persona encargada de La Gestión Documental por lo tanto no se han realizado actividades en la vigencia 2025 referentes al plan institucional de archivo.

No obstante, Al inicio de la vigencia se emitió CIRCULAR INTERNA No. GE-100-14-03 con fecha del 21 de enero de 2025, donde se dan instrucciones de empezar a aplicar las tablas de retención a partir de esta vigencia y en febrero se tuvo contrato de tres meses para realizar actividades de gestión documental.



CIRCULAR INTERNA No. GE-100-14-03	
DE:	Gerencia
PARA:	Todo el personal
ASUNTO:	Uso de las Tablas de Retención Documental (TRD)
IMPORTANCIA:	Alta
FECHA:	2025-01-21

Cordial saludo.

Con el propósito de fortalecer la Gestión Documental de la E.S.E Hospital San Félix y garantizar el adecuado manejo de la información, recomendamos la importancia del uso correcto de las Tablas de Retención Documental (TRD). Estas herramientas permiten la organización, conservación y disposición final de los documentos conforme a la normativa vigente.

Por otro lado, es fundamental que, en la creación de cada documento institucional, acto administrativo u otro, se señale de manera clara y precisa los datos correspondientes a la persona que proyectó, revisó, aprobó, igualmente es necesario relacionar los anexos y copias, por lo que se insta que todo documento que lleve la firma del señor Gerente debe cumplir con estos requisitos y ser revisado por la Asesora Jurídica.

Lo anterior, con el fin de garantizar que el contenido cumpla con los lineamientos y estándares establecidos en la Entidad. Asimismo, cuando el documento requiera aprobación formal, este proceso solo podrá ser llevado a cabo por las instancias autorizadas, las cuales incluyen la Gerencia, la Subgerencia Administrativa y la Subdirección Científica.

A partir de la fecha, cualquier documento que no esté debidamente diligenciado con la codificación correspondiente, formato actual de la entidad y los requisitos de forma mencionados, será devuelto para su corrección.

Se recuerda que los formatos necesarios para la redacción de la documentación están disponibles en la plataforma del Sistema Integrado de Gestión ALMERA.

NIT. 810.000.913-8
Dirección: Calle 12 No. 4-20 Teléfonos (6) 8392000 / 018000941888
La Dorada - Caldas - Colombia
www.hospitalsanfelix.gov.co



El cumplimiento de estas disposiciones es fundamental para el funcionamiento eficiente de nuestra entidad y el cumplimiento de las normativas archivísticas. Agradecemos su compromiso y disposición para la correcta aplicación de las TRD.

Para cualquier duda o inquietud sobre el contenido de la circular, pueden comunicarse con Edna Lucia Rodriguez (Oficina de Talento Humano) o Federico Arrieta Upegui (Oficina de Planeación).

Atentamente,


CESAR ARRIETA RINCONES SANCHEZ
Gerente

Anexo: 1. Guía de Clasificación Documental
2. Tabla de retención documental
3. Procedimiento Control de Documentos

Proyecto: Edna Rodríguez
Remite: JHH/Arrieta, GJA

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Se recomienda desde la oficina de control interno a la alta dirección insistir en la aplicación de los instrumentos archivísticos, realizar el proceso de depuración, crear una cultura archivística al interior de la entidad y tener una persona encargada del manejo del archivo central y brinde asesoría a las diferentes áreas de cómo es el proceso de organización y entrega de archivos.

Plan de Salud y Seguridad en el trabajo

Un Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es un documento clave que permite organizar, ejecutar y hacer seguimiento a las actividades relacionadas con la protección de la salud y seguridad de los trabajadores, de acuerdo con los requisitos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), según el Decreto 1072 de 2015 en Colombia.

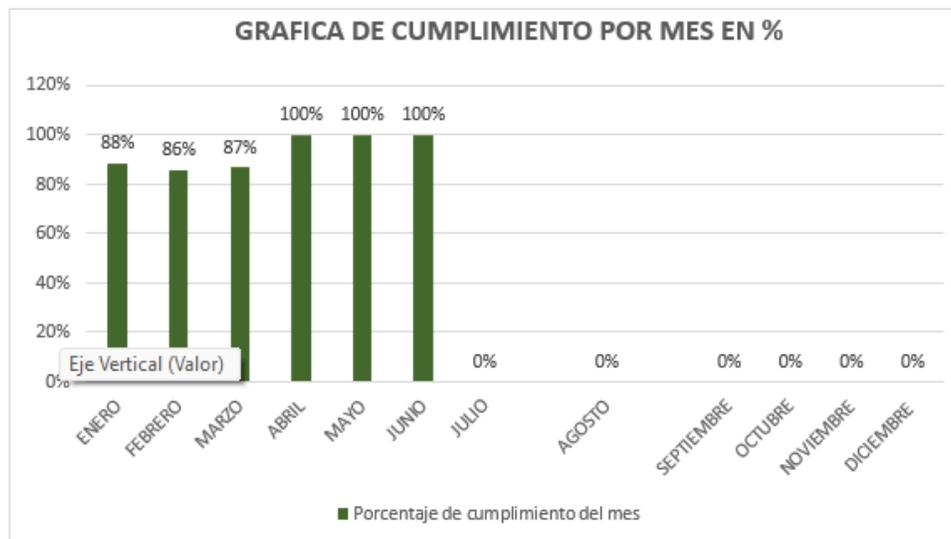
El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, tiene como propósito la estructuración de la acción conjunta entre el empleador y los trabajadores, en la aplicación de las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a través del mejoramiento continuo de las condiciones y el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo. Que busca involucrar a todos los trabajadores para un trabajo en equipo en pro de la seguridad y la salud de todos los que integran la empresa.

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST consiste en el Desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora, continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

INDICADOR DE GESTIÓN / MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Número de horas programadas(P)-Número de actividades programadas	17	14	15	16	13	13	14	12	11	13	12	15	165
Número de horas ejecutadas (E) - Número de actividades ejecutadas	15	12	13	16	13	13	0	0	0	0	0	0	82
Porcentaje de cumplimiento del mes	88%	86%	87%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Cumplimiento Anual	47%												
Meta de cumplimiento Anual	100%												

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Durante el primer semestre de 2025, se logró un cumplimiento del 89.13% algunas actividades planeadas no se pudieron realizar. Esto fue posible gracias a que en el primer semestre se avanzó en varias tareas, las cuales fueron casi cumplidas en su totalidad.



Se revisaron los 29 ítems del plan para analizar su cumplimiento. Se evaluaron por fases:

FASES	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
PLANEAR	19 ACTIVIDADES	18 ACTIVIDADES	94.7%
HACER	51 ACTIVIDADES	47 ACTIVIDADES	92.1%
VERIFICAR	18 ACTIVIDADES	17 ACTIVIDADES	94.4%
ACTUAR	2 ACTIVIDADES	2 ACTIVIDADES	100%
TOTAL, DE CUMPLIMIENTO	90 ACTIVIDADES	84 ACTIVIDADES	95.3%

FASE CICLO (PHVA)	ITEM	ACTIVIDAD	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
O	1	Designación de responsable del SG-SST de acuerdo a estándares mínimos resolución 0312	1	1										
	2	Evaluación inicial del SG-SST	1	1										
	3	Revisión del plan de trabajo del ARL			1	1								
	4	Elaboración y actualización del perfil sociodemográfico					1				1			
	5	Definición de objetivos del SG-SST			1	1								
	6	Elaboración del plan de capacitaciones año 2025	1	1										
	7	Revisión y actualización de matriz de riesgos y peligros 2025					1	1						
	8	Elaboración de matriz de requisitos legales referentes al SG-SST							1	1				
	10	Reunión del COPASST 2025	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	11	Reunión del COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL			1	1					1	1		
	12	Ejecución de inducción y re-inducción al personal	1	1									1	1
	HACER	13	Verificación de afiliación y pagos a la seguridad social del personal de acuerdo al riesgo y la legislación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14		Realización de exámenes periódicos/ de ingreso o egreso al personal de planta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15		Realización de inspecciones generales de riesgos a todas las áreas de la ESE y puestos de salud	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16		Divulgación del Plan de emergencia a todo el personal					1	1						
17		Capacitación y entrenamiento de brigada de emergencia							1	1				
18		Realización de simulacros									1			
19		Campaña de prevención contra riesgo osteomuscular			1				1	1			1	1

HACER	19	Campaña de prevención contra riesgo osteomuscular			1			1	1				1	1
	20	Campaña de prevención contra tabaquismo y alcoholismo					1	1						
	21	Realización de investigaciones de incidentes y accidentes de trabajo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	22	Inspección de uso de EPP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	23	Capacitación al personal en los diferentes riesgos a los que se exponen los trabajadores.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	24	Realización de pausas activas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	25	Capacitación sobre acoso laboral					1						1	1
VERIFICAR	26	Seguimiento al plan de trabajo anual	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	27	Realización de consolidado de cierre de planes de acción como resultado de inspecciones, investigaciones de AT.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	28	Seguimiento a Evaluaciones Médicas Ocupacionales realizadas por los Proveedores (Análisis a exámenes periódicos realizados por la Entidad)	1						1	1				
ACTUAR	29	Seguimiento y análisis a las Estadísticas de ausentismo e incapacidades, investigaciones de incidentes, accidentes y enfermedades del trabajo	1	1					1	1				
	30	Seguimiento esquemas de vacunación	1	1					1	1				
		31	Consolidar las acciones preventivas, correctivas y de mejora de las diferentes fuentes de evaluación del SSGST y su seguimiento					1	1				1	1
			SUBTOTALES	17	15	14	12	15	13	16	16	13	13	13

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Plan Estratégico de Tecnologías de la información y las comunicaciones PETI

El entorno de la atención médica moderna se caracteriza por la creciente interconexión entre la tecnología y la calidad de los servicios de salud. En este contexto, el Hospital San Félix de La Dorada, Caldas, asume un compromiso inquebrantable con la excelencia en la atención médica, la seguridad de los pacientes y la eficiencia operativa. La tecnología desempeña un papel fundamental en la materialización de este compromiso.

Este Plan Estratégico de Tecnologías de Información y Comunicaciones representa una hoja de ruta para guiar al Hospital San Félix hacia una gestión tecnológica avanzada, orientada a optimizar la eficiencia, garantizar la seguridad de la información y mejorar la atención al paciente en todas sus sedes y operaciones.

Este plan no solo representa un compromiso con la tecnología, sino también con la comunidad a la que servimos. Buscamos garantizar que cada paciente reciba la atención médica de la más alta calidad, respaldada por sistemas de información eficientes y seguros. Nuestro objetivo es forjar un futuro donde la tecnología y la atención humanizada se combinen para el beneficio de todos nuestros pacientes y para consolidar al Hospital San Félix como un referente en el ámbito de la salud.

Implementación y Seguimiento

Este plan será implementado por un comité de tecnología multidisciplinario, compuesto por expertos en tecnología y personal médico y administrativo. Se llevarán a cabo revisiones periódicas del plan para garantizar su alineación con los objetivos estratégicos del hospital y se realizarán ajustes según sea necesario. La evaluación del éxito se basará en indicadores de mejora en la eficiencia, calidad de la atención y seguridad de la información, con un enfoque continuo en la satisfacción del paciente y el bienestar de la comunidad.

Se realizó seguimiento al plan, encontrando que el Petic para su implementación y seguimiento tiene como punto de partida la creación del comité de tecnología un comité de tecnología que a 30 de junio fecha del seguimiento no se encuentra creado y de ahí se desprende se tiene el siguiente cronograma:

 <p>Hospital San Félix E.S.E. LA DORADA - CALDAS Construyendo salud para nuestra región.</p>	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Mes	Responsable	Seguimiento 30 de junio
Gestión Eficiente de Recursos	Identificar los recursos clave	Enero	Comité de Tecnología	No se ha creado
Medición y Mejora Continua	Establecer KPI's (key performance indicator)	Enero	Comité de Tecnología	Se realizan los seguimientos, pero no se tienen documentados
Gestión Eficiente de Recursos	Desarrollar un plan de acción	Febrero	Comité de Tecnología	Se cuenta con un plan de acción al cual se le realiza seguimientos, pero no están documentados
Medición y Mejora Continua	Identificar los equipos susceptibles de Re potencialización o cambio y registrar en listado general de equipos	Febrero	Comité de Tecnología	Se realizan a la fecha se han cambiado 36 equipos, 1 servidor, 25 impresoras y 3 portátiles nuevos
Mejora de la Eficiencia Operativa	Identificar la información relevante y diseñar consultas específicas en el sistema	Febrero	Comité de Tecnología	Se realiza
Gestión Eficiente de Recursos	Implementar el plan de acción	Marzo	Comité de Tecnología	

Medición y Mejora Continua	Recopilar retroalimentación del personal y pacientes	Marzo	Comité de Tecnología	Del personal se realiza
Mejora de la Eficiencia Operativa	realizar seguimiento a los datos guardados en el servidor con los responsables de la misma ahorrar espacio	Marzo	Comité de Tecnología	Se realiza
Fortalecimiento de la Seguridad de la Información	Implementar una política de seguridad de la información	Abril	Comité de Tecnología	Se encuentra implementado mas no documentado
Atención al Paciente Centrada en la Tecnología	Realizar seguimiento registro electrónico de salud (EHR)	Mayo	Comité de Tecnología	Se hace todo basado en el sistema de información de la data administrativa
Fortalecimiento de la Seguridad de la Información	Realizar evaluaciones de seguridad	Mayo	Comité de Tecnología	Se están realizando los controles, se evalúan, pero no están documentados
Fortalecimiento de la Seguridad de la Información	Implementar controles de seguridad	Junio	Comité de Tecnología	Se están realizando los controles, se evalúan, pero no están documentados
Fortalecimiento de la Seguridad de la Información	Capacitar al personal en seguridad de la información	Julio	Comité de Tecnología	

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Continuidad de Funcionamiento	Establecer un plan de CF	Agosto	Comité de Tecnología	
Modernización Tecnológica	Evaluar la infraestructura tecnológica actual	Agosto	Comité de Tecnología	
Continuidad de Funcionamiento	Implementar el plan de CF	Noviembre	Comité de Tecnología	
Modernización Tecnológica	Capacitar al personal en el uso de la nueva tecnología	Noviembre	Comité de Tecnología	

Del análisis del cronograma se evidencia que, aunque aún no se ha creado formalmente el comité, la mayoría de las actividades se están llevando a cabo. Sin embargo, no todas cuentan con los documentos que respalden su ejecución. Por esta razón, es fundamental que en el segundo semestre se proceda con la conformación oficial del comité y se garantice la adecuada documentación de cada actividad, conforme a lo establecido en el cronograma del plan.

Plan de tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

El Hospital San Félix reconoce la importancia crítica de la seguridad y la privacidad de la información en la atención médica moderna. Dado que el hospital opera con información sensible de pacientes y datos administrativos, es imperativo gestionar y mitigar los riesgos de seguridad y privacidad de la información de manera eficaz. Este plan tiene como objetivo establecer un marco sólido para identificar, evaluar y abordar los riesgos de seguridad y privacidad de la información en todas las sedes y operaciones del Hospital San Félix.

Este plan se realiza mediante las siguientes fases:

Identificación de riesgos
Evaluación de riesgos

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Tratamiento de riesgos
Monitoreo y revisión continua
Respuesta a incidentes

Este plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información es un compromiso firme del Hospital San Félix para proteger la información sensible y garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos. La seguridad de la información es una responsabilidad compartida que requiere la cooperación de todo el personal, desde médicos y enfermeras hasta personal administrativo y técnico. La revisión y actualización periódica de este plan garantizará que el Hospital San Félix continúe brindando atención médica segura y de alta calidad en un entorno cada vez más digitalizado.

El seguimiento se realizó de acuerdo a las 5 fases así:

Fase 1: Identificación de los Riesgos

Se evidenció que se cuenta con un inventario tecnológico actualizado. Los registros médicos y los datos de los pacientes están debidamente almacenados en el sistema de información CNT. Asimismo, se realizan copias de seguridad de los equipos administrativos y todos los recursos tecnológicos están plenamente identificados en el inventario.

En cuanto a amenazas como *malware* y desastres naturales, se encuentran identificadas y cuentan con un plan de contingencia. Los riesgos relacionados con accesos no autorizados o robo de datos han sido mitigados mediante controles como la entrega de usuario y contraseña personal e intransferible, y la asignación de credenciales por cada equipo.

Toda la infraestructura tecnológica está bajo custodia del área de Tecnologías de la Información, y cada dependencia ejecuta sus funciones conforme a las directrices asignadas según su rol.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Fase 2: Evaluación de los Riesgos

Los riesgos identificados cuentan con un proceso de seguimiento continuo, en cumplimiento con lo estipulado por la normatividad vigente. Esta evaluación permite mantener un control sobre los niveles de exposición y ajustar las medidas preventivas cuando sea necesario.

Fase 3: Tratamiento de los Riesgos

Cada riesgo identificado cuenta con un plan de tratamiento específico. Las evidencias de este proceso se cargan trimestralmente en el sistema de información **Almera**, lo que permite soportar y facilitar la fase de monitoreo liderada por el área de Planeación.

Fase 4: Monitoreo y Revisión Continua

El monitoreo se realiza mediante la revisión periódica de los equipos, especialmente en lo referente al control de accesos. Adicionalmente, se efectúan evaluaciones para garantizar la efectividad de los controles implementados y prevenir la materialización de los riesgos.

La evaluación final es realizada de forma cuatrimestral por las oficinas de Control Interno y Planeación, quienes verifican directamente el cargue de evidencias efectuado por la Oficina de Sistemas.

Fase 5: Respuesta a Incidentes

Si bien se cuenta con mecanismos de respuesta ante incidentes, se identificó que no existe un **plan formal documentado** de respuesta a incidentes, tal como lo establecen las buenas prácticas de gestión de riesgos. Se recomienda priorizar la elaboración e

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

implementación de este plan para fortalecer la capacidad institucional de reacción ante eventos inesperados.

Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

La E.S.E Hospital San Félix de La Dorada es una organización que maneja información confidencial, incluyendo información de salud protegida (PHI). Es importante proteger esta información de los riesgos de seguridad y privacidad, tales como el acceso no autorizado, la divulgación accidental o intencional, la alteración o destrucción. El objetivo de este plan es establecer un marco de referencia para la gestión de la seguridad y privacidad de la información en la E.S.E Hospital San Félix de La Dorada. Este plan ayudará a la organización a proteger su información de los riesgos de seguridad y privacidad.

El plan establece un marco de referencia para la gestión de la seguridad y privacidad de la información. El plan también proporciona orientación sobre cómo implementar las políticas y procedimientos necesarios para proteger la información.

La implementación del plan de seguridad y privacidad de la información es una responsabilidad de todos los empleados y contratistas de la organización.

Para este plan se planteó el siguiente cronograma:

Mes	Actividad	Responsable	Fecha Límite	Seguimiento	Seguimiento a 30 de junio
Enero	Creación y conformación del Comité de Seguridad de la Información	Dirección Administrativa	15 de enero	Informe inicial	No se ha realizado la creación del comité
Enero	Aprobación del plan actualizado	Comité de Seguridad	31 de enero	Acta de aprobación	El plan fue aprobado mediante comité de Gestión y Desempeño en el mes de enero para la publicación en la página web.
Febrero	Actualización de la política de seguridad	Equipo de Seguridad	28 de febrero	Validación interna	Se realizo

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612			CÓDIGO: CI-S01-F001
				VERSIÓN: 01
				FECHA: 2021-08-02

	de la información				
Marzo	Actualización de procedimientos de seguridad	Equipo de Seguridad	31 de marzo	Informe técnico	Esta dentro del PETIC
Abril	Implementación de políticas y procedimientos de seguridad	Equipo de Seguridad	30 de abril	Verificación de uso	Se tiene la política no documentada, pero si desarrollada
Mayo	Elaboración de la política de privacidad de la información	Equipo de Seguridad	31 de mayo	Revisión por comité	Se tienen implementada pero no documentado.
Junio	Implementación de la política de privacidad de la información	Equipo de Seguridad	30 de junio	Reporte de avances	Se tiene implementada mas no documentada

Como resultado del seguimiento realizado al cronograma de actividades, se identificó que, si bien una parte significativa de las acciones programadas están siendo ejecutadas, no todas cuentan con el soporte documental que respalde su cumplimiento.

En este sentido, es indispensable que, durante el segundo semestre, se priorice la **documentación formal de cada actividad desarrollada**, conforme a lo establecido en el cronograma. Esta acción no solo permite hacer seguimiento efectivo al avance del plan, sino que también garantiza la disponibilidad de evidencias ante eventuales requerimientos de entes de control o auditoría.

Estos Planes fueron publicados en la página de la E.S.E dentro de los términos establecidos por el área de Planeación en el mes de enero de esta vigencia.

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

Conclusiones:

- Si bien para la vigencia 2025, los planes del decreto 612 de 2018 se publicaron dentro de los términos de la ley, se evidenciaron planes que no han cumplido con el cronograma de actividades al corte del primer semestre.
- Se evidenció que, si bien existen avances en la gestión documental, aún persisten debilidades en la aplicación de los instrumentos archivísticos, la depuración de documentos y la organización adecuada de los archivos. Además, se percibe una falta de cultura archivística generalizada en la entidad, lo cual puede afectar la eficiencia administrativa y el cumplimiento de las normas de gestión documental.
-
- Se concluye que, en los planes de Tecnologías de la Información, persiste una brecha entre la planeación y la ejecución, especialmente en lo relacionado con la documentación de las actividades realizadas. Esta situación puede dificultar el seguimiento, la evaluación de resultados y la rendición de cuentas ante entes de control. Por tanto, es indispensable fortalecer la gestión de los cronogramas y asegurar el registro adecuado de cada acción implementada.

Recomendaciones

Desde el área de control interno se recomienda:

- Realizar los planes de acuerdo a la normatividad vigente.
- Actualizar cada vigencia los planes, teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por esta área en los seguimientos de la vigencia anterior.
- Cada Plan debe llevar un cronograma y actividades con responsable y posible tiempo de ejecución.
- Cumplir con el cronograma de cada plan y tratar de no dejar actividades pendientes para la siguiente vigencia.
- Es fundamental asegurar la ejecución oportuna de los cronogramas de los planes de TI y garantizar que todas las actividades desarrolladas estén debidamente documentadas, con el fin de evidenciar el cumplimiento, facilitar el seguimiento y responder adecuadamente ante eventuales requerimientos de control o auditoría.

	<p>INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612</p>	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

- Desde la Oficina de Control Interno se recomienda a la alta dirección fortalecer la gestión documental institucional mediante la aplicación rigurosa de los instrumentos archivísticos, la ejecución periódica del proceso de depuración y la promoción de una cultura archivística. Asimismo, se sugiere designar formalmente a un responsable del archivo central, con el perfil adecuado, quien además brinde acompañamiento y asesoría a las diferentes áreas sobre los procedimientos de organización, conservación.
- Se recomienda al comité de bienestar fortalecer la planificación y seguimiento de las actividades programadas, con el fin de mejorar el nivel de cumplimiento en los periodos siguientes. Es fundamental identificar las causas que han limitado la ejecución total del cronograma y establecer acciones correctivas que garanticen el desarrollo oportuno de las actividades restantes durante el segundo semestre.
- Con la política de transparencia y ética pública se recomienda acelerar la puesta en marcha de las actividades programadas para el Componente No. 2, priorizando las que debían ejecutarse en el primer cuatrimestre, con el fin de recuperar el tiempo perdido y garantizar un seguimiento oportuno y eficaz de la política. Asimismo, se sugiere revisar los factores que han impedido el inicio de su implementación y establecer medidas correctivas inmediatas y **actualizar el cronograma de implementación**, asignando claramente los **responsables de cada actividad**, y establecer mecanismos de seguimiento con plazos definidos. Asimismo, es fundamental **socializar la política con los líderes de proceso y equipos de trabajo**, con el objetivo de fortalecer su apropiación, facilitar su ejecución y asegurar el cumplimiento de lo estipulado en la normativa vigente.
- Con respecto al comité de capacitación es recomendable revisar las causas que han impedido el cumplimiento total del cronograma de capacitaciones,

	INFORME DE AUDITORIA INTERNAS DE GESTIÓN SEGUIMIENTO A LOS PLANES DECRETO 612	CÓDIGO: CI-S01-F001
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 2021-08-02

especialmente en lo relacionado con las jornadas de inducción y formación sobre el Código y la Política de Integridad. Asimismo, se sugiere reprogramar las actividades pendientes y establecer mecanismos de seguimiento que permitan asegurar su ejecución en el segundo semestre. Garantizar la formación continua del personal es clave para fortalecer la cultura organizacional, la ética institucional y el cumplimiento normativo.

Atentamente,



GLORIA PATRICIA ARISTIZABAL BOTERO

Asesora de Control Interno



YARELY HENAO RAMIREZ
Apoyo Control Interno