



INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2025

HENRY DARÍO MUÑOZ MONTOYA

Jefe Oficina Control Interno y Evaluación

HÉCTOR VALLEJO VELÁSQUEZ

Profesional Especializado Auditor de Procesos de Salud Oficina Control
Interno y Evaluación

19/03/2026



Alcaldía de Medellín



Contenido

1. INTRODUCCIÓN	3
2. CONTEXTO	3
3. GENERALIDADES	4
2.1. Objetivo	4
2.2. Alcance	4
2.3. Criterios - Marco Legal y Regulatorio	4
2.4. Limitaciones	5
4. METODOLOGÍA	5
2.5. Observaciones metodológicas en los procesos e indicadores evaluados	5
2.6. Para el análisis de los indicadores	6
2.7. Para la calificación del desempeño de los indicadores	7
2.8. Para la calificación del desempeño de los procesos	8
2.9. Instrumentos utilizados	8
3. RESULTADOS	9
3.1. Resultado general	9
3.2. Desempeño de los procesos	10
3.3. Desempeño de los indicadores	12
3.4. Indicadores con resultado inferior a la meta	14
4. CONCLUSIONES	18
5. RECOMENDACIONES	20
6. ANEXOS	21



1. INTRODUCCIÓN

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial y el Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil con su Anexo Técnico, las Oficinas de Control Interno, o quien haga sus veces, deben realizar la evaluación de la gestión de cada dependencia con el fin de verificar su aporte al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

En este marco, la evaluación debe considerar como referentes la planeación institucional enmarcada en la misión, visión y objetivos, los compromisos por dependencia y los resultados de la ejecución conforme a lo programado, soportados en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o en auditorías y visitas realizadas por las Oficinas de Control Interno. En cumplimiento de lo anterior y del Plan General de Evaluaciones vigente, la Oficina de Control Interno y Evaluación de la ESE Metrosalud presenta el informe de Evaluación por Dependencias correspondiente a la vigencia 2025, definiendo como alcance la medición del desempeño de cada proceso, los resultados y la gestión de los indicadores trazadores.

La revisión se fundamentó en la información registrada en el Sistema de Gestión Integral SGI Almera, específicamente en el cuadro de mando de los indicadores clasificados como trazadores por proceso. Para la elaboración del informe por proceso, se utilizó una adaptación del formato de evaluación de gestión por dependencias definido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno y adoptado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El análisis de los resultados se realizó conforme al Manual Institucional para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02MA45, orientado a unificar el diseño, monitoreo, interpretación y análisis de los indicadores, facilitando la toma de decisiones oportunas y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Los resultados de esta auditoría constituyen un insumo para la toma de decisiones, la formulación y ajuste del Plan de Mejoramiento Institucional y el seguimiento al desempeño de las dependencias, en concordancia con los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y responsabilidad que rigen la gestión pública. Se reconoce la colaboración de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional en el suministro de la información requerida, así como la disposición de los equipos de las dependencias para el desarrollo del ejercicio evaluativo y la mejora continua de los procesos institucionales.

2. CONTEXTO

De conformidad con la Resolución 10839 de 2024, mediante la cual se actualizó la estructura de procesos de la ESE Metrosalud, la entidad cuenta con 21 procesos institucionales agrupados en cuatro macroprocesos: estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación. El macroproceso estratégico incluye Dirección y Planeación, Desarrollo del Sistema de Gestión, Gestión de la Red de Servicios y Gestión de Venta de Servicios; el macroproceso misional comprende Atención Ambulatoria, Atención en Urgencias, Atención en Hospitalización, Atención Quirúrgica,



Gestión del Servicio Farmacéutico, Atención en Laboratorio Clínico y Atención en Imágenes Diagnósticas; el macroproceso de apoyo agrupa Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión de la Contratación, Gestión Logística, Gestión Jurídica, Gestión del Sistema de Información, Gestión Documental, Gestión de Convenios y Gestión de Control Interno Disciplinario; y el macroproceso de evaluación está representado por Gestión de la Evaluación.

En el cuadro de mando de indicadores trazadores por proceso del Sistema de Gestión Integral SGI Almera se encuentran registrados 77 indicadores trazadores asociados a estos procesos, los cuales constituyen la base para la medición del desempeño institucional y el seguimiento al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

3. GENERALIDADES

2.1. Objetivo

Evaluar la gestión de las dependencias de la ESE Metrosalud correspondiente a la vigencia 2025, a partir del análisis del desempeño de los procesos institucionales bajo su responsabilidad, considerando los resultados obtenidos y la gestión de sus indicadores trazadores asociados. A partir de esta evaluación, formular recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo de los procesos, con el fin de contribuir al cumplimiento del propósito superior institucional de cuidar la vida a través de servicios de salud integrales y humanizados.

2.2. Alcance

La evaluación se realizó para cada proceso institucional con base en los resultados y la gestión de los indicadores trazadores registrados en el cuadro de mando de indicadores trazadores por proceso del Sistema de Gestión Integral SGI Almera, correspondientes al periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

2.3. Criterios - Marco Legal y Regulatorio

1. Ley 909 de 2004, "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones", en especial lo dispuesto en el artículo 39 sobre la evaluación de la gestión de las dependencias.
2. Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, mediante la cual se establecen los lineamientos para la Evaluación Institucional por Dependencias en cumplimiento de la Ley 909 de 2004.
3. Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil y su Anexo Técnico, mediante el cual se definen las reglas, fases, compromisos funcionales y comportamentales, así como el procedimiento para medir la eficiencia y el impacto del desempeño de los servidores públicos en sus entidades.



4. Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, versión 02 del 03/06/2022, publicado en el Sistema de Gestión Integral SGI Almera.

2.4. Limitaciones

Durante la fase de ejecución de la evaluación se evidenciaron deficiencias en la actualización oportuna y completa de las mediciones de 2025 en el Sistema de Gestión Institucional SGI Almera para 14 indicadores trazadores, lo que generó retrasos en el procesamiento, análisis de la información y en la entrega del informe frente a la fecha establecida en el cronograma de trabajo. Esta situación fue gestionada mediante la realización de mesas de trabajo en las que se presentó el estado de las mediciones con corte a 31 de diciembre de 2025 y se reiteró la necesidad de su actualización para garantizar la continuidad del proceso evaluativo; como resultado, se logró subsanar la situación en 11 indicadores.

4. METODOLOGÍA

2.5. Observaciones metodológicas en los procesos e indicadores evaluados

Se identificaron las siguientes observaciones metodológicas.

Relacionadas con los procesos:

El proceso estratégico Gestión de la Red de Servicios no cuenta con indicadores trazadores asociados en el cuadro de mando del SGI Almera, por lo cual no fue posible evaluar su desempeño en la presente vigencia.

Asimismo, se identificaron cinco procesos (Gestión de Convenios, Gestión del Sistema de Información, Gestión Jurídica, Gestión de Control Interno Disciplinario y Gestión Documental) con limitaciones metodológicas que impiden evaluar integralmente su desempeño. Cuatro de estos procesos cuentan con un único indicador trazador, condición que no se ajusta a lo dispuesto en el Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, el cual establece que los procesos deben disponer de indicadores trazadores válidos y pertinentes que permitan evaluar integralmente su desempeño desde distintas perspectivas asociadas al cumplimiento de su objetivo estratégico. En este grupo se encuentran: Gestión de Convenios, con un indicador (Índice Combinado de Satisfacción), evidenciándose además una desconexión conceptual entre el objetivo del proceso y el indicador trazador; Gestión del Sistema de Información, con un indicador (Proporción de Satisfacción del Cliente Interno); Gestión Jurídica, con un indicador (Proporción de Requerimientos Jurídicos Tramitados Oportunamente); y Gestión de Control Interno Disciplinario, con un indicador (Proporción de Noticias Disciplinarias Tramitadas).

Por su parte, el proceso de Gestión Documental presenta una falla sistémica crítica asociada al registro de las mediciones, dado que uno de sus indicadores no registra ninguna medición en la vigencia 2025 (Proporción de Clientes Internos Satisfechos con el Proceso de Gestión Documental) y los otros dos presentan registro incompleto, con ausencia de cuatro de las seis



mediciones bimestrales esperadas (Proporción de Documentos Administrativos Custodiados Entregados Oportunamente y Proporción de Pérdida o Deterioro de Documentos Custodiados en el Archivo Central).

Relacionadas con los indicadores:

El indicador Índice de Eventos Adversos Metrosalud se encuentra registrado en dos procesos, Desarrollo del Sistema de Gestión y Atención en Hospitalización. Con el fin de garantizar la unicidad del análisis, se contabilizó una única vez, asociado al proceso Desarrollo del Sistema de Gestión y no al de Atención en Hospitalización, dado que su fórmula evidencia un carácter transversal al incluir eventos correspondientes a hospitalización, cirugía, urgencias y promoción y prevención. En consecuencia, el universo de indicadores evaluados se reduce a 76 indicadores en la vigencia 2025.

Adicionalmente, seis indicadores del proceso Desarrollo del Sistema de Gestión presentan periodicidad anual con fechas de medición posteriores a la presente evaluación (marzo de 2026), por lo que no disponen de información correspondiente a la vigencia 2025. En consecuencia, su análisis se realizó con base en los resultados de la vigencia 2024 frente a 2023. Los indicadores en esta situación corresponden a: Índice de Desempeño del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, Índice de Gestión y Desempeño Institucional MIPG (FURAG), Mejoramiento Continuo de la Calidad Aplicable a Entidades No Acreditadas con Autoevaluación en la Vigencia Anterior, Nivel de Desarrollo del Sistema de Gestión Ambiental, Nivel de Desarrollo del Sistema de Gestión de Riesgos y Promedio de la Autoevaluación de Acreditación. Esta condición no afecta la validez de la evaluación del desempeño del proceso, dado que el análisis se sustenta en el último resultado disponible con su respectiva tendencia histórica, lo que permite identificar brechas, riesgos y oportunidades de mejora con base en información verificable.

2.6. Para el análisis de los indicadores

El análisis de los resultados de cada indicador se realizó con base en los siguientes aspectos:

1. Registro completo de las mediciones, conforme a la periodicidad establecida en la ficha técnica.
2. Cumplimiento de la meta y su proporción de cumplimiento, expresada mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Resultado 2025}}{\text{Meta 2025}} \times 100$$

Nota: cuando el indicador corresponde a una métrica de reducción, la fórmula se invierte.

3. Variación respecto a la vigencia anterior, expresada mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Resultado 2025} - \text{Resultado 2024}}{\text{Resultado 2024}} \times 100$$

Resultado 2024

4. Registro de análisis en el SGI Almera.
5. Registro completo del análisis en los casos en que el indicador no haya cumplido la meta, conforme a los lineamientos del Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45.

De acuerdo con los lineamientos del Manual PE02 MA 45, el análisis e interpretación de los indicadores debe contener la evaluación del resultado frente a la meta establecida, el análisis de la tendencia respecto a lo esperado y su comportamiento en el tiempo, los niveles de desagregación del indicador conforme a lo definido en la ficha técnica, la correlación con indicadores relacionados, así como la toma de decisiones preventivas o correctivas y la proyección de intervenciones cuando el indicador no cumpla la meta esperada.

6. Seguimiento del desempeño en instancias institucionales formales.

2.7. Para la calificación del desempeño de los indicadores

El desempeño de los indicadores se calificó con base en el cumplimiento de la meta establecida y su variación respecto a la vigencia anterior, y se clasificó conforme a la calificación definida. Dicha calificación fue consensuada entre la Profesional Especializada de Medición de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y el equipo auditor de la Oficina de Control Interno y Evaluación, con base en los parámetros establecidos en el SGI Almera, de la siguiente manera:

Tabla 1

Calificación del desempeño de los indicadores trazadores evaluados

Proporción Cumplimiento de la Meta	Variación frente a la vigencia anterior	Calificación	Interpretación
100%	Favorable	Mejora	Cumplió la meta y superó el resultado del año anterior.
100%	Sin variación	Mejora sostenida	Cumplió la meta y mantuvo el desempeño máximo alcanzado en el año anterior.
100%	Sin dato de la vigencia anterior	Cumplimiento del estándar	Cumplió la meta, pero no se dispone de referencia de la vigencia anterior.
<100%	Favorable	Tendencia a la mejora	No cumplió la meta, pero superó el resultado del año anterior.
100%	Desfavorable	Tendencia a la desmejora	Cumplió la meta, pero el resultado es menor al del año anterior.
<100%	Sin variación	Estancamiento	No cumplió la meta y el resultado es igual al del año anterior.
<100%	Sin dato de la vigencia anterior	Incumplimiento del estándar	No cumplió la meta y no se dispone de referencia de la vigencia anterior.
<100%	Desfavorable	Desmejora	No se cumplió la meta y el resultado es menor al del año anterior

Fuente: Consenso entre la Profesional Especializada de Medición de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y el equipo auditor de la Oficina de Control Interno y Evaluación.

2.8. Para la calificación del desempeño de los procesos

El desempeño de los procesos institucionales evaluados se calculó como el promedio de la proporción de cumplimiento de sus indicadores trazadores asociados y se clasificó conforme a la calificación establecida. Dicha calificación fue consensuada entre la Profesional Especializada de Medición de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y el equipo auditor de la Oficina de Control Interno y Evaluación, con base en los parámetros definidos en el SGI Almera, de la siguiente manera:

Tabla 2.

Calificación del desempeño por proceso institucional evaluado

Rango	Calificación
90,0% - 100,0%	Alto
80,0% - 89,9%	Medio
0,0% - 79,9%	Bajo

Fuente: Consenso entre la Profesional Especializada de Medición de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y el equipo auditor de la Oficina de Control Interno y Evaluación.

2.9. Instrumentos utilizados

2.9.1. Para el registro de la evaluación

Para el registro de la evaluación se utilizó el papel de trabajo PV01-01, construido por el equipo evaluador, el cual tuvo como base la información suministrada en formato Excel por la Profesional Especializada de Medición de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, obtenida del cuadro de mando de indicadores trazadores por proceso del SGI Almera.

2.9.2. Para la presentación de los resultados de la evaluación por proceso

Para la presentación de los resultados de la evaluación de cada proceso y de sus indicadores trazadores asociados se utilizó una adaptación del Formato de Evaluación de Gestión por Dependencias de la Oficina de Control Interno, definido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial y adoptado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.



3. RESULTADOS

3.1. Resultado general

4.1.1. Registro de las mediciones

De los 76 indicadores trazadores analizados, 73 registraron medición completa (96,05%); 2 (2,63%) presentaron medición incompleta; y 1 (1,32%) no registró medición. El comportamiento evidencia alta disponibilidad de información para el análisis institucional, aunque persisten limitaciones puntuales en Gestión Documental, donde se concentró la ausencia o registro incompleto de mediciones.

4.1.2. Cumplimiento de la meta

Del total institucional de 75 indicadores con medición, 38 (50,67%) cumplieron la meta establecida, mientras que 37 (49,33%) no alcanzaron el estándar definido. La distribución evidencia un comportamiento cercano al equilibrio entre cumplimiento e incumplimiento, con ligera prevalencia del cumplimiento; no obstante, la proporción de indicadores que no alcanzaron la meta mantiene una incidencia institucional significativa, lo que demanda la implementación de acciones correctivas focalizadas para mitigar riesgos en el desempeño y asegurar la mejora continua.

4.1.3. Variación respecto a la vigencia anterior

De los 75 indicadores con medición, 11 no contaron con información de la vigencia anterior; de los 64 restantes, 36 (56,25%) registraron variación favorable, 27 (42,19%) presentaron variación desfavorable y 1 (1,56%) no evidenció variación. El resultado muestra predominio de comportamientos de mejora frente a la vigencia anterior; no obstante, persiste un bloque significativo de deterioro interanual que requiere seguimiento sistemático y la implementación de acciones correctivas orientadas al fortalecimiento del desempeño institucional. La mayor concentración de variaciones desfavorables se presenta en Gestión Logística, con 5 de sus 7 indicadores (71,43%), seguida de Gestión Financiera con 3 de 4 (75,00%) y Gestión del Talento Humano con 4 de 6 (66,67%).

4.1.4. Registro de análisis en SGI Almera

En el registro de análisis para el total de indicadores con medición, 65 (86,67%) contaron con análisis documentado en el SGI Almera, mientras que 10 (13,33%) no registraron este requisito. Si bien predomina el registro, la ausencia de soporte en más de una décima parte del universo evaluado afecta la trazabilidad institucional del análisis y limita la verificación de las decisiones adoptadas. En el subconjunto de los 37 indicadores que no cumplieron la meta, 32 (86,49%) registraron análisis en el SGI Almera, mientras que 5 (13,51%) carecieron de este soporte, lo que impide sustentar técnicamente las causas de desviación y restringe la formulación e implementación de acciones correctivas orientadas al cierre efectivo de brechas.



4.1.5. Registro de completo del análisis en los indicadores que no cumplieron la meta

De los 32 indicadores que no cumplieron la meta y contaron con registro de análisis, 20 (62,50%) presentaron análisis completo conforme a los lineamientos del Manual para la Construcción y Análisis de Indicadores PE02 MA 45, mientras que 12 (37,50%) evidenciaron análisis incompleto. De estos 32, 9 (28,13%) no registraron la toma de decisiones preventivas o correctivas ni la proyección de intervenciones; esta situación se presenta en los procesos de Desarrollo del Sistema de Gestión (2 indicadores), Direccionamiento y Planeación (1 indicador), Atención Ambulatoria (1 indicador), Atención en Urgencias (1 indicador), Gestión del Servicio Farmacéutico (1 indicador), Gestión del Talento Humano (2 indicadores) y Gestión Financiera (1 indicador), lo que evidencia una debilidad en la articulación entre el análisis de resultados y la toma de decisiones, reduciendo la efectividad del ciclo de mejora continua PHVA y debilitando el control de gestión.

4.1.6. Seguimiento en instancias institucionales

Del total de indicadores, 44 (57,89%) evidenciaron seguimiento institucional activo, mientras que 32 (42,11%) no registraron seguimiento en instancias institucionales formales, lo que reduce la trazabilidad para verificar decisiones, responsables y la sostenibilidad de los resultados. En el subconjunto de los 37 indicadores que no cumplieron la meta, 16 (43,24%) no evidenciaron seguimiento en instancias institucionales, situación especialmente crítica al tratarse de resultados que requieren el mayor nivel de control; esta condición se presenta en los procesos de Direccionamiento y Planeación (1 indicador), Gestión de Venta de Servicios (1 indicador), Atención en Urgencias (2 indicadores), Atención en Hospitalización (1 indicador), Atención en Imágenes Diagnósticas (2 indicadores), Gestión del Servicio Farmacéutico (1 indicador), Gestión del Talento Humano (3 indicadores), Gestión Financiera (1 indicador), Gestión Logística (2 indicadores), Gestión del Sistema de Información (1 indicador) y Gestión de Control Interno Disciplinario (1 indicador), lo que evidencia debilidades en el seguimiento de resultados críticos y limita el cierre efectivo del ciclo PHVA.

3.2. Desempeño de los procesos

La distribución del desempeño de los 21 procesos institucionales evidencia predominio del desempeño alto en 11 procesos (52,38%), incluyendo procesos asistenciales como Atención en Hospitalización (99,96%), Atención en Laboratorio Clínico (99,90%), Gestión del Servicio Farmacéutico (99,63%), Atención en Imágenes Diagnósticas (98,49%), Atención Ambulatoria (95,42%), Atención Quirúrgica (94,52%) y Atención en Urgencias (91,14%), así como procesos administrativos de apoyo estratégico como Gestión de la Contratación (100,00%), Gestión de la Evaluación (100,00%), Gestión de Venta de Servicios (93,59%) y Gestión del Talento Humano (96,69%), lo que refleja una capacidad operativa consolidada en la mayoría de los procesos. Adicionalmente, 3 procesos (14,29%) se ubican en desempeño medio, Desarrollo del Sistema de Gestión (87,89%), Direccionamiento y Planeación (86,07%) y Gestión Logística (80,53%), que requieren fortalecimiento para el cierre de brechas y la transición a niveles de desempeño alto. Un proceso (4,76%) se clasifica en desempeño bajo, correspondiente a Gestión Financiera (72,10%), resultado determinado por el indicador Margen Excedente Operacional, con

proporción de cumplimiento de 0,00% asociada a un resultado de -13,5%. Finalmente, 6 procesos (28,57%) no son clasificables debido a limitaciones metodológicas asociadas a procesos sin indicadores (Gestión de la Red de Servicios), con un único indicador (Gestión Jurídica, Gestión de Convenios, Gestión del Sistema de Información y Gestión de Control Interno Disciplinario) o con problemas de medición (Gestión Documental), condiciones que restringen la evaluación integral del desempeño y afectan la solidez del análisis institucional (ver tabla 3).

Tabla 3

Desempeño por proceso institucional. ESE Metrosalud, vigencia 2025

Proceso	Dependencia responsable	Número de Indicadores	Promedio proporción cumplimiento	Clasificación
Gestión de La Contratación	Dirección de Contratación	2	100,0%	Alto
Gestión de la Evaluación	Oficina Control Interno y Evaluación	2	100,0%	Alto
Atención en Hospitalización	Subgerencia Red de Servicios	4	99,96%	Alto
Atención en Laboratorio Clínico	Subgerencia Red de Servicios	4	99,90%	Alto
Gestión Servicio Farmacéutico	Subgerencia Red de Servicios	4	99,63%	Alto
Atención en Imágenes Diagnósticas	Subgerencia Red de Servicios	3	98,49%	Alto
Gestión Talento Humano	Dirección de Talento Humano	6	96,69%	Alto
Atención Ambulatoria	Subgerencia Red de Servicios	6	95,42%	Alto
Atención Quirúrgica	Subgerencia Red de Servicios	5	94,52%	Alto
Gestión Venta de Servicios	Dirección de Venta de Servicios	2	93,59%	Alto
Atención en Urgencias	Subgerencia Red de Servicios	5	91,14%	Alto
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	11	87,89%	Medio
Direccionamiento y Planeación	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	4	86,07%	Medio
Gestión Logística	Dirección Administrativa	7	81,39%	Medio
Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	4	72,10%	Bajo
Gestión Documental ***	Dirección Sistemas de Información	3	100,0%	No clasificable
Gestión Jurídica **	Oficina Asesora Jurídica	1	100,0%	No clasificable
Gestión de Convenios **	Oficina Salud Pública, Gestión Territorial y Convenios	1	100,0%	No clasificable
Gestión Control Interno Disciplinario **	Oficina Control Interno Disciplinario	1	92,11%	No clasificable

Gestión Sistema de Información **	Dirección Sistemas de Información	1	87,38%	No clasificable
Gestión de la Red de Servicios *	Subgerencia Red de Servicios	0	-	No clasificable

Fuente: Cuadro de mando indicadores trazadores por proceso SGI Almera y Papel de trabajo PV01-01

Notas: * El proceso Gestión de la Red de Servicios no cuenta con indicadores trazadores asociados que permitan evaluar su desempeño. ** Los procesos Gestión de Convenios, Gestión Jurídica, Gestión Sistema de Información y Gestión Control Interno Disciplinario presentan limitación metodológica que impide evaluar integralmente su desempeño al contar con un único indicador trazador. *** El proceso Gestión Documental presenta limitación metodológica que impide evaluar integralmente su desempeño al contar con un indicador sin medición y dos indicadores con medición incompleta, con ausencia de 4 de 6 mediciones.

3.3. Desempeño de los indicadores

En la tabla 4 se presenta el consolidado de las categorías de desempeño de los 75 indicadores trazadores con medición.

Tabla 4

*Distribución de los indicadores trazadores por categoría de desempeño.
ESE Metrosalud, vigencia 2025*

Clasificación	Nº de indicadores	%
Mejora	21	28,00%
Mejora sostenida	1	1,33%
Cumplimiento del estándar	9	12,00%
Tendencia a la mejora	15	20,00%
Tendencia a la desmejora	7	9,33%
Estancamiento	0	0,00%
Incumplimiento del estándar	2	2,67%
Desmejora	20	26,67%
Total	75	100,00%

Fuente: Cuadro de mando indicadores trazadores por proceso SGI Almera y Papel de trabajo PV01-01

4.2.1. Mejora

Se identificaron 21 indicadores (28,00%) que cumplieron la meta y presentaron mejora en el resultado frente a la vigencia anterior, constituyéndose en la categoría de mayor nivel de desempeño conjunto. La mayor concentración por proceso se ubica en Atención Ambulatoria y Atención en Laboratorio Clínico, con 3 indicadores cada uno (14,29%), seguidos de Atención Quirúrgica, Atención en Hospitalización y Gestión del Servicio Farmacéutico, con 2 indicadores



cada uno (9,52%). Esta distribución evidencia que la mejora institucional se concentra principalmente en procesos asistenciales y de apoyo clínico.

4.2.2. Mejora sostenida

Se identificó 1 indicador (1,33%) en esta categoría, que cumplió la meta y mantuvo el desempeño máximo alcanzado en la vigencia anterior, concentrado en Gestión de la Evaluación. El resultado evidencia sostenimiento del nivel máximo de desempeño; no obstante, su peso institucional es reducido.

4.2.3. Cumplimiento del estándar

Se registraron 9 indicadores (12,00%) en esta categoría, que reflejan cumplimiento de la meta sin dato comparable de la vigencia anterior. Se concentra en Atención en Urgencias, Gestión de la Contratación y Gestión Documental, con 2 indicadores cada uno (22,22%), mientras que Atención Ambulatoria, Direccionamiento y Planeación y Desarrollo del Sistema de Gestión aportan 1 indicador cada uno (11,11%). Esta condición limita el análisis de tendencia del desempeño y restringe la evaluación de la evolución del comportamiento institucional.

4.2.4. Tendencia a la mejora

Se identificaron 15 indicadores (20,00%) en esta categoría, que reflejan incumplimiento de la meta con mejora frente al año anterior. Desarrollo del Sistema de Gestión concentró 7 indicadores (46,67%), constituyéndose en el principal proceso impulsor de mejora relativa, pese a no alcanzar aún la meta. Los 8 indicadores restantes se distribuyen de manera atomizada, con 1 indicador por proceso (6,67%), en Atención en Imágenes Diagnósticas, Atención en Laboratorio Clínico, Atención en Urgencias, Direccionamiento y Planeación, Gestión Financiera, Gestión Logística, Gestión del Servicio Farmacéutico y Gestión del Talento Humano.

4.2.5. Tendencia a la desmejora

Se identificaron 7 indicadores (9,33%) en esta categoría, que reflejan cumplimiento de la meta con deterioro frente al año anterior. Gestión del Talento Humano concentró 2 indicadores (28,57%), mientras que Atención en Hospitalización, Desarrollo del Sistema de Gestión, Gestión Logística, Gestión del Servicio Farmacéutico y Gestión de Venta de Servicios registran 1 indicador cada uno (14,29%). Esta categoría constituye una señal de alerta preventiva.

4.2.6. Estancamiento

No se identifican indicadores clasificados en esta categoría, lo que indica ausencia de incumplimientos con resultados idénticos a los de la vigencia anterior entre los indicadores con información comparable.

4.2.7. Incumplimiento del estándar



Se identificaron 2 indicadores (2,67%) en esta categoría, que reflejan incumplimiento de la meta sin dato comparable de la vigencia anterior. La categoría se concentra en Atención en Hospitalización y Atención Quirúrgica, con 1 indicador cada una (50,00%).

4.2.8. Desmejora

Se registraron 20 indicadores (26,67%) en esta categoría, que incumplieron la meta y presentaron deterioro en el resultado frente a la vigencia anterior, constituyéndose en la segunda categoría más frecuente. Gestión Logística concentra 4 indicadores (20,00%), Gestión Financiera 3 (15,00%) y Atención Ambulatoria, Atención Quirúrgica y Gestión del Talento Humano 2 indicadores cada una (10,00%). El resto se distribuye con 1 indicador por proceso (5,00%) en Atención en Imágenes Diagnósticas, Atención en Urgencias, Desarrollo del Sistema de Gestión, Gestión de Control Interno Disciplinario, Direccionamiento y Planeación, Gestión del Sistema de Información y Gestión de Venta de Servicios, evidenciando que esta categoría concentra el principal deterioro institucional.

3.4. Indicadores con resultado inferior a la meta

De los 37 indicadores que no cumplieron el estándar establecido, la distribución por proceso evidencia una mayor concentración en Desarrollo del Sistema de Gestión, con 8 indicadores (21,62%), seguido de Gestión Logística, con 5 (13,51%), y Gestión Financiera, con 4 (10,81%). También presentan una concentración relevante Atención Quirúrgica y Gestión del Talento Humano, con 3 indicadores cada uno (8,11%). Direccionamiento y Planeación, Atención Ambulatoria, Atención en Urgencias e Imágenes Diagnósticas registran 2 indicadores cada uno (5,41%), mientras que Gestión de Venta de Servicios, Atención en Hospitalización, Atención en Laboratorio Clínico, Gestión del Servicio Farmacéutico, Gestión del Sistema de Información y Gestión de Control Interno Disciplinario registran 1 indicador cada uno (2,70%) (ver tabla 5).

Tabla 5

Distribución por proceso institucional de los indicadores trazadores con resultados inferiores a la meta. ESE Metrosalud, vigencia 2025.

Proceso	Dependencia responsable	Número de indicadores	Proporción
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	8	21,62%
Gestión Logística	Dirección Administrativa	5	13,51%
Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	4	10,81%
Atención Quirúrgica	Subgerencia Red de Servicios	3	8,11%
Gestión Talento Humano	Dirección de Talento Humano	3	8,11%
Direccionamiento y Planeación	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	2	5,41%

Atención Ambulatoria	Subgerencia Red de Servicios	2	5,41%
Atención en Urgencias	Subgerencia Red de Servicios	2	5,41%
Atención en Imágenes Diagnósticas	Subgerencia Red de Servicios	2	5,41%
Gestión Venta de Servicios	Dirección de Venta de Servicios	1	2,70%
Atención en Hospitalización	Subgerencia Red de Servicios	1	2,70%
Atención en Laboratorio Clínico	Subgerencia Red de Servicios	1	2,70%
Gestión Servicio Farmacéutico	Subgerencia Red de Servicios	1	2,70%
Gestión Sistema de Información	Dirección Sistemas de Información	1	2,70%
Gestión Control Interno Disciplinario	Oficina Control Interno Disciplinario	1	2,70%
Total		37	100,00%

Fuente: Cuadro de mando indicadores trazadores por proceso SGI Almera y Papel de trabajo PV01-01

En la tabla 6 se presentan los indicadores trazadores que registraron resultados inferiores a la meta establecida, ordenados de menor a mayor nivel de cumplimiento.

Tabla 6

Indicadores trazadores con resultado inferior a la meta. ESE Metrosalud, vigencia 2025.

Proceso	Dependencia responsable	Indicador Trazador	Meta	Resultado	Variación frente a vigencia anterior	Proporción de Cumplimiento de la meta	Clasificación del Desempeño
Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	Margen Excedente Operacional	≥ 1%	-13,5%	52,89%	0,00%	Desmejora
Gestión Logística	Dirección Administrativa	Proporción de Residuos Reciclables Generados	≥ 17%	8,1%	-21,20%	47,63%	Desmejora
Direccionamiento y Planeación	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Ejecución Presupuestal del Plan de Inversiones	≥ 95%	46,1%	-43,13%	48,48%	Desmejora
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Nivel de Desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno - MECI	≥ 80%	51,0%	0,99%	63,75%	Tendencia a la Mejora
Gestión Logística	Dirección Administrativa	Proporción de Clientes Internos Satisfechos con la Respuesta Oportuna a Requerimiento de Ambiente Físico	≥ 85%	59,1%	-12,78%	69,54%	Desmejora
Atención en Urgencias	Subgerencia Red de Servicios	Proporción de Pacientes con Diagnóstico al Egreso de Infarto Agudo del Miocardio que Recibieron	≥ 90%	64,5%	-4,87%	71,69%	Desmejora

		Atención Específica Oportuna					
Gestión Logística	Dirección Administrativa	Proporción de Residuos Peligrosos Generados	< 40%	53,6%	27,65%	74,62%	Desmejora
Atención Quirúrgica	Subgerencia Red de Servicios	Tiempo de Espera (Oportunidad) en la realización de la Cirugía Programada	< 30 días	39,5 días	33,56%	75,98%	Desmejora
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Proporción de Cumplimiento de Estándares de Habilitación	≥ 100%	81,6%	1,37%	81,60%	Tendencia a la Mejora
Gestión Talento Humano	Dirección de Talento Humano	Proporción de Satisfacción Laboral del Cliente Interno	≥ 85%	69,7%	5,64%	82,02%	Tendencia a la Mejora
Gestión Logística	Dirección Administrativa	Proporción de Cumplimiento de Implementación del Programa Institucional de Gestión Ambiental (PIGA)	≥ 95%	78,8%	-5,69%	82,99%	Desmejora
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Nivel de Desarrollo del Sistema de Gestión Ambiental	≥ 95%	79,0%	0,61%	83,13%	Tendencia a la Mejora
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Mejoramiento Continuo Calidad Aplicable a Entidades No Acreditadas con Autoevaluación en la Vigencia Anterior	≥ 1,2%	1,00%	16,28%	83,33%	Tendencia a la Mejora
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Promedio de la Autoevaluación de Acreditación	≥ 3	2,51	0,40%	83,67%	Tendencia a la Mejora
Atención en Urgencias	Subgerencia Red de Servicios	Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio Urgencias	≥ 95%	79,8%	9,18%	84,01%	Tendencia a la Mejora
Atención Ambulatoria	Subgerencia Red de Servicios	Tiempo de Espera en Consulta Médica General	< 3 días	3,6 días	43,51%	84,15%	Desmejora
Gestión Venta de Servicios	Dirección De Venta De Servicios	Porcentaje de Ejecución Financiera de los Contratos Vigentes	≥ 95%	82,8%	-15,70%	87,18%	Desmejora
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Índice de Gestión y Desempeño Institucional MIPG (FURAG)	≥ 80	69,90	-3,05%	87,38%	Desmejora
Gestión Sistema de Información	Dirección Sistemas de Información	Proporción de Satisfacción del Cliente Interno con el Sistema de Información	≥ 95%	83,0%	-13,11%	87,38%	Desmejora
Atención Ambulatoria	Subgerencia Red de Servicios	Tiempo de Espera en Consulta de Odontología General	< 3 días	3,4 días	25,69%	88,34%	Desmejora
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Nivel de Desarrollo del Sistema de Gestión de Riesgos	≥ 95%	84,3%	3,51%	88,73%	Tendencia a la Mejora

Gestión Control Interno Disciplinario	Oficina Control Interno Disciplinario	Proporción de Noticias Disciplinarias Tramitadas	≥ 95%	87,5%	-12,50%	92,11%	Desmejora
Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	Porcentaje de Recuperación de Cartera Acumulada	≥ 95%	89,3%	-1,47%	94,04%	Desmejora
Gestión Logística	Dirección Administrativa	Proporción de Residuos Ordinarios Generados	< 43%	45,3%	-4,52%	94,98%	Tendencia a la Mejora
Desarrollo del Sistema de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Efectividad de la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	≥ 90%	85,71%	44,54%	95,23%	Tendencia a la Mejora
Direccionamiento y Planeación	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	Proporción de Cumplimiento del Plan de Desarrollo 2025 (Por Perspectivas)	≥ 90%	86,2%	16,49%	95,78%	Tendencia a la Mejora
Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	0,96	-1,03%	96,00%	Desmejora
Atención en Imágenes Diagnósticas	Subgerencia Red de Servicios	Proporción de Adherencia al Proceso de Atención por Imagenología	≥ 95%	92,2%	11,33%	97,05%	Tendencia a la Mejora
Atención Quirúrgica	Subgerencia Red de Servicios	Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio Cirugía	≥ 95%	92,6%	-0,02%	97,47%	Desmejora
Gestión Talento Humano	Dirección de Talento Humano	Proporción Ocupación Planta de Cargos	≥ 90%	88,5%	-2,34%	98,35%	Desmejora
Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	Proporción de Cumplimiento de La Meta de Facturación por Servicios de Salud Prestados	≥ 85%	83,6%	55,14%	98,38%	Tendencia a la Mejora
Atención en Imágenes Diagnósticas	Subgerencia Red de Servicios	Oportunidad del Servicio de Ecografía Obstétrica	< 6 días	6,10 días	0,38%	98,43%	Desmejora
Gestión Servicio Farmacéutico	Subgerencia Red de Servicios	Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio Farmacéutico	≥ 95%	93,6%	16,81%	98,52%	Tendencia a la Mejora
Atención Quirúrgica	Subgerencia Red de Servicios	Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio Partos	≥ 95%	94,2%	-	99,14%	Incumplimiento del estándar
Atención en Laboratorio Clínico	Subgerencia Red de Servicios	Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio Laboratorio	≥ 95%	94,6%	2,80%	99,60%	Tendencia a la Mejora
Gestión Talento Humano	Dirección de Talento Humano	Índice Ausentismo Laboral (solo UPSS)	< 3	3,01	19,03%	99,75%	Desmejora
Atención en Hospitalización	Subgerencia Red de Servicios	Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio Internación	≥ 95%	94,9%	-	99,86%	Incumplimiento del estándar

Fuente: Cuadro de mando indicadores trazadores por proceso SGI Almera y Papel de trabajo PV01-01.



4. CONCLUSIONES

4.1. Alta disponibilidad de medición con déficit focalizado. El 96,05% de los 76 indicadores trazadores analizados registró medición completa (73 indicadores), mientras que 2 (2,63%) presentaron medición incompleta y 1 (1,32%) careció de registro, lo que evidencia una alta disponibilidad de información para el análisis institucional. No obstante, las limitaciones se concentraron en el proceso Gestión Documental, el cual presentó 1 indicador sin medición y 2 con medición incompleta, con ausencia de 4 de 6 registros esperados; esta condición impidió la clasificación del proceso e introdujo una limitación metodológica que afectó la solidez, consistencia e integralidad del análisis del desempeño institucional.

4.2. Equilibrio crítico entre cumplimiento e incumplimiento de la meta institucional. De los 75 indicadores con medición, 38 (50,67%) cumplieron la meta establecida y 37 (49,33%) no alcanzaron el estándar definido, evidenciando un comportamiento cercano al equilibrio entre cumplimiento e incumplimiento, con ligera prevalencia del cumplimiento. No obstante, la proporción de indicadores que no alcanzan la meta constituye una señal de riesgo institucional que demanda la implementación de acciones correctivas focalizadas, orientadas a reducir la brecha de desempeño y fortalecer la mejora continua.

4.3. Predominio de variación favorable con deterioro interanual concentrado en procesos estratégicos. De los 64 indicadores con información de la vigencia anterior, 36 (56,25%) registraron variación favorable, 27 (42,19%) presentaron variación desfavorable y 1 (1,56%) no evidenció variación, lo que confirma un predominio de mejora interanual. No obstante, persiste un bloque significativo de deterioro que requiere seguimiento sistemático; la mayor concentración de variaciones desfavorables se presenta en Gestión Financiera (75,00%, 3 de 4 indicadores), Gestión Logística (71,43%, 5 de 7 indicadores) y Gestión del Talento Humano (66,67%, 4 de 6 indicadores), lo que refleja vulnerabilidades en procesos de soporte administrativo y financiero de alto impacto institucional.

4.4. Brecha en el registro de análisis que compromete la trazabilidad institucional. El 86,67% de los indicadores con medición (65 de 75) contó con análisis documentado en el SGI Almera; sin embargo, el 13,33% (10 indicadores) careció de este soporte. En el subconjunto de los 37 indicadores que no cumplieron la meta, 5 (13,51%) tampoco registraron análisis, lo que impide sustentar técnicamente las causas de desviación y restringe la formulación e implementación de acciones correctivas orientadas al cierre efectivo de brechas; esta condición limita la trazabilidad institucional del análisis y la verificación de las decisiones adoptadas.

4.5. Debilidad metodológica en la calidad del análisis y la toma de decisiones frente a incumplimientos. De los 32 indicadores que no cumplieron la meta y contaron con análisis registrado, 12 (37,50%) evidenciaron análisis incompleto conforme a los lineamientos del Manual PE02 MA 45, y 9 (28,13%) no registraron la toma de decisiones preventivas o correctivas ni la proyección de intervenciones. Esta situación refleja una brecha metodológica en la calidad del soporte analítico y en su articulación con el ciclo de mejora PHVA, que afecta los procesos de Desarrollo del Sistema de Gestión (2 indicadores), Gestión del Talento Humano (2 indicadores),



Direccionamiento y Planeación, Atención Ambulatoria, Atención en Urgencias, Gestión del Servicio Farmacéutico y Gestión Financiera (1 indicador cada uno), lo que reduce la capacidad institucional para el cierre efectivo de brechas.

4.6. Seguimiento institucional insuficiente frente a indicadores críticos con incumplimiento de la meta. El 42,11% de los indicadores (32 de 76 evaluados) no evidenció seguimiento en instancias institucionales formales. Esta situación es especialmente crítica en el subconjunto de indicadores con incumplimiento de la meta, en el que 16 de 37 (43,24%) carecieron de seguimiento activo, condición que compromete el control de gestión y la sostenibilidad de los resultados. Los procesos afectados corresponden a Gestión del Talento Humano (3 indicadores), Atención en Urgencias, Atención en Imágenes Diagnósticas y Gestión Logística (2 indicadores cada uno), y Direccionamiento y Planeación, Gestión de Venta de Servicios, Atención en Hospitalización, Gestión del Servicio Farmacéutico, Gestión Financiera, Gestión del Sistema de Información y Gestión de Control Interno Disciplinario (1 indicador cada uno).

4.7. Desempeño institucional predominantemente alto con focos críticos en procesos administrativos. El 52,38% de los procesos (11 de 21) se ubica en desempeño alto, con resultados sobresalientes en Gestión de la Contratación y Gestión de la Evaluación (100,00%), Atención en Hospitalización (99,96%) y Atención en Laboratorio Clínico (99,90%). Tres procesos (14,29%) se clasifican en desempeño medio: Desarrollo del Sistema de Gestión (87,89%), Direccionamiento y Planeación (86,07%) y Gestión Logística (80,53%), y uno (4,76%) en desempeño bajo: Gestión Financiera (72,10%), determinado principalmente por el Margen Excedente Operacional con proporción de cumplimiento de 0,00% y resultado de -13,5%. Adicionalmente, 6 procesos (28,57%) no son clasificables por limitaciones metodológicas, lo que restringe la evaluación integral del desempeño institucional.

4.8. Alta concentración de incumplimientos en procesos estratégicos. Los 37 indicadores con resultados inferiores a la meta se concentran principalmente en Desarrollo del Sistema de Gestión (21,62%), Gestión Logística (13,51%) y Gestión Financiera (10,81%), lo que evidencia brechas significativas en procesos transversales que impactan el desempeño global institucional.

4.9. Concentración de la desmejora en indicadores críticos. La categoría desmejora, correspondiente a indicadores que incumplieron la meta y presentaron deterioro frente a la vigencia anterior, representa el 26,67% del total (20 de 75 indicadores), constituyéndose en la segunda categoría más frecuente. Gestión Logística concentra 4 indicadores (20,00%) en esta categoría, seguida de Gestión Financiera con 3 (15,00%) y Atención Ambulatoria, Atención Quirúrgica y Gestión del Talento Humano con 2 cada una (10,00%), lo que evidencia la presencia de deterioros estructurales que requieren intervención prioritaria.



5. RECOMENDACIONES

5.1. Fortalecimiento del proceso de medición en Gestión Documental. Implementar un plan de mejora específico bajo el ciclo PHVA que garantice el registro completo y oportuno de las mediciones en el proceso Gestión Documental, mediante la estandarización de procedimientos, la definición de responsables y la incorporación de mecanismos de verificación periódica, orientado a alcanzar el 100,00% de registros completos.

5.2. Plan de acción focalizado para indicadores con incumplimiento de la meta. Formular un plan de acción institucional que priorice los 37 indicadores con incumplimiento de la meta, con énfasis en aquellos que presentaron simultáneamente desmejora frente a la vigencia anterior y mayor brecha de cumplimiento. Cada acción debe ser específica, con responsable único, plazo definido e indicador de seguimiento, e incorporarse formalmente en el SGI Almera para garantizar su trazabilidad y seguimiento.

5.3. Intervención diferenciada en procesos con variación desfavorable. Realizar análisis causales específicos que expliquen las variaciones interanuales desfavorables registradas en los procesos Gestión Financiera (75,00% de indicadores con variación desfavorable), Gestión Logística (71,43%) y Gestión del Talento Humano (66,67%), mediante la identificación de factores estructurales, coyunturales y operativos que inciden en los resultados. Con base en estos análisis, cada dependencia debe formular e implementar acciones correctivas diferenciadas orientadas al abordaje de las causas identificadas.

5.4. Cierre de la brecha en el registro de análisis en el SGI Almera. Completar el análisis de los 10 indicadores sin análisis documentado en el SGI Almera correspondiente a la vigencia 2025, asegurando la inclusión explícita de las causas del incumplimiento, la decisión adoptada (preventiva o correctiva) y la proyección de intervenciones, conforme a los lineamientos del Manual PE02 MA 45. Para los 9 indicadores que carecen de registro de decisiones, la acción debe culminar con la formalización documentada de la medida adoptada en el SGI Almera, de manera que el ciclo PHVA quede cerrado de forma verificable.

5.5. Mejoramiento de la calidad del análisis bajo lineamientos institucionales. Fortalecer la adherencia al Manual PE02 MA 45 mediante capacitación técnica, la implementación de listas de verificación obligatorias y la incorporación de mecanismos de revisión de calidad del análisis, asegurando que el 100,00% de los indicadores incumplidos cuenten con análisis completo, incluyendo la identificación de causas, la definición de decisiones y la formulación de planes de intervención.

5.6. Fortalecimiento del seguimiento en instancias institucionales. Implementar mecanismos formales de seguimiento para el 100,00% de los indicadores trazadores, con énfasis en los 16 indicadores con incumplimiento de la meta que carecen de trazabilidad en instancias institucionales, mediante la estructuración de agendas en comités, la formalización de actas y el monitoreo sistemático de compromisos, como mecanismo de cierre del ciclo PHVA y garantía de la sostenibilidad de los resultados.

5.7. Cierre de brechas en procesos con desempeño medio y bajo. Formular metas de mejora progresiva para los procesos Desarrollo del Sistema de Gestión, Direccionamiento y Planeación y Gestión Logística, actualmente clasificados en desempeño medio con promedios de 87,89%, 86,07% y 80,53%, respectivamente, orientadas a alcanzar el umbral de desempeño alto, mediante la implementación de acciones concretas sobre los indicadores con mayor brecha. Para Gestión Financiera, clasificada en desempeño bajo (72,10%), elaborar un diagnóstico integral que identifique las causas del resultado negativo del Margen Excedente Operacional (-13,5%) y defina medidas estructurales de mejora con horizonte de resultado verificable en la vigencia siguiente.

5.8. Fortalecimiento metodológico de procesos no clasificables. Revisar y actualizar el cuadro de mando de indicadores trazadores con el fin de asignar indicadores suficientes y pertinentes a los procesos actualmente no clasificables (28,57%): Gestión de la Red de Servicios (sin indicadores), Gestión Jurídica, Gestión de Convenios, Gestión del Sistema de Información y Gestión de Control Interno Disciplinario (con un único indicador), garantizando que cada proceso cuente con condiciones de medición completas que permitan una evaluación integral y representativa de su desempeño.

5.9. Vigilancia preventiva sobre los indicadores en tendencia a la desmejora. Mantener vigilancia preventiva sobre los indicadores en tendencia a la desmejora, especialmente en Gestión del Talento Humano, Gestión del Servicio Farmacéutico, Gestión Logística, Gestión de Venta de Servicios, Desarrollo del Sistema de Gestión y Atención en Hospitalización, con el fin de prevenir su transición hacia categorías de incumplimiento.

6. ANEXOS

Anexo A. Resultados de los indicadores trazadores de los procesos

Anexo B. Proceso Direccionamiento y Planeación

Anexo C. Proceso Desarrollo del Sistema de Gestión

Anexo D. Proceso Gestión Venta de Servicios

Anexo E. Proceso Atención Ambulatoria

Anexo F. Proceso Atención en Urgencias

Anexo G. Proceso Atención en Hospitalización

Anexo H. Proceso Atención Quirúrgica

Anexo I. Proceso Gestión Servicio Farmacéutico

Anexo J. Proceso Atención en Laboratorio Clínico

Anexo K. Proceso Atención en Imágenes Diagnósticas

Anexo L. Proceso Gestión Financiera



Anexo M. Proceso Gestión Talento Humano

Anexo N. Proceso Gestión de la Contratación

Anexo O. Proceso Gestión Logística

Anexo P. Proceso Gestión Jurídica

Anexo Q. Proceso Gestión Sistema de Información

Anexo R. Proceso Gestión Documental

Anexo S. Proceso Gestión de Convenios

Anexo T. Proceso Gestión Control Interno Disciplinario

Anexo U. Proceso Gestión de la Evaluación

Aprobación:

Informe Elaborado por	Héctor Vallejo Velásquez – Profesional Especializado Auditor Control Interno y Evaluación
Informe Aprobado por	Henry Darío Muñoz Montoya – Jefe Oficina de Control Interno y Evaluación
Fecha de aprobación del informe	19/03/2026