

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

INFORME RESULTADOS FURAG II VIGENCIA 2025

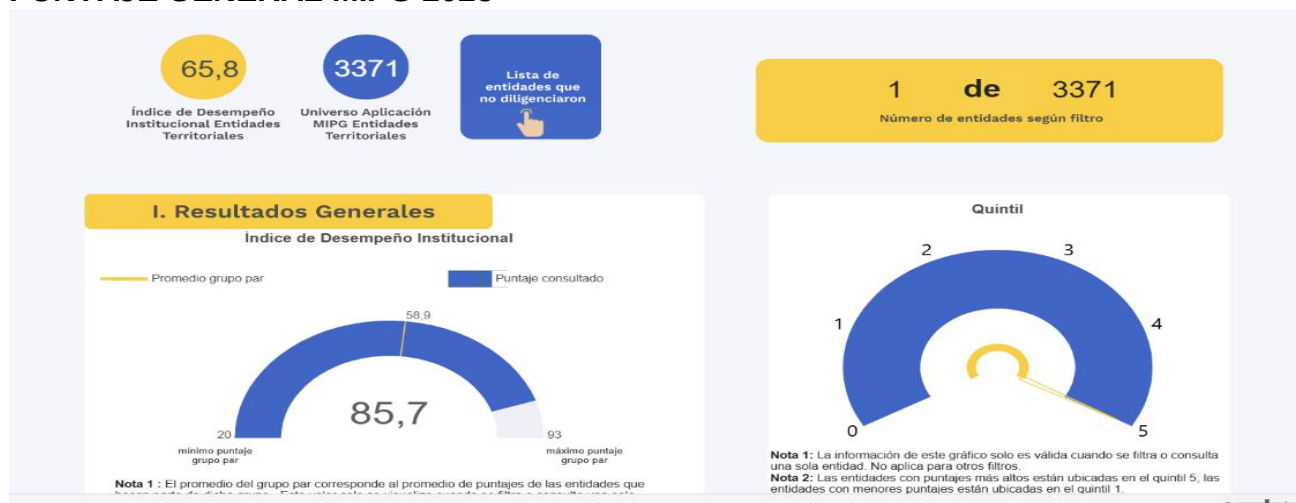
El Hospital San Juan de Dios de Yarumal reafirma su compromiso con la excelencia institucional y la optimización de sus servicios mediante la adopción integral del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como eje rector de su marco estratégico. La consolidación de esta cultura de mejora continua ha permitido al Hospital evolucionar sus procesos administrativos y asistenciales, asegurando una atención de calidad y humanizada para la comunidad de Yarumal.

La trayectoria de la entidad en la medición del Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión (FURAG) refleja un proceso de madurez institucional sostenido. Tras alcanzar una calificación global del 68% en la vigencia 2023 y un avance significativo hasta el 79,4% en la vigencia 2024, el hospital ha consolidado para la presente vigencia 2025 una calificación global del 85,7%.

Este incremento en el Índice de Desempeño Institucional no solo representa una mejora cuantitativa, sino que evidencia la eficacia de las estrategias implementadas para cerrar brechas críticas en las dimensiones y políticas de gestión. Este crecimiento es el resultado del trabajo articulado entre los equipos administrativo y asistencial, orientados a la gestión basada en evidencias y al cumplimiento de los estándares exigidos por el DAFP.

El presente informe detalla los logros alcanzados durante la vigencia 2025, analizando el impacto de las acciones ejecutadas y sentando las bases para los retos futuros, siempre con el objetivo de fortalecer la capacidad institucional y garantizar la sostenibilidad del servicio en beneficio de nuestros usuarios.

PUNTAJE GENERAL MIPG 2025





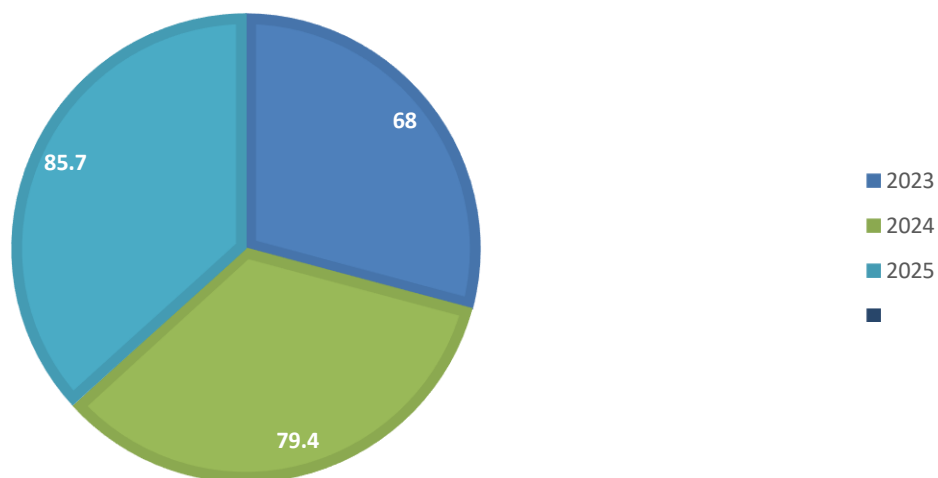
E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

INFORME

MIPG

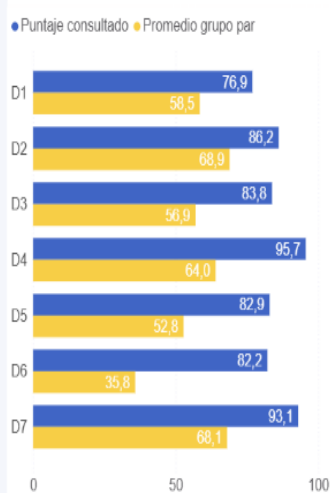
FECHA: 06/07/2026

EVOLUCIÓN PUNTAJE FURAG



PUNTAJE GENERAL DIMENSIONES MIPG 2025

II. Índices de las
dimensiones de gestión y
desempeño



Dimensión	Puntaje consultado
D1: Talento Humano	76,9
D2: Direccionamiento y Planeación	86,2
D3: Gestión para Resultados	83,8
D4: Evaluación de Resultados	95,7
D5: Información y Comunicación	82,9
D6: Gestión del Conocimiento	82,2
D7: Control Interno	93,1



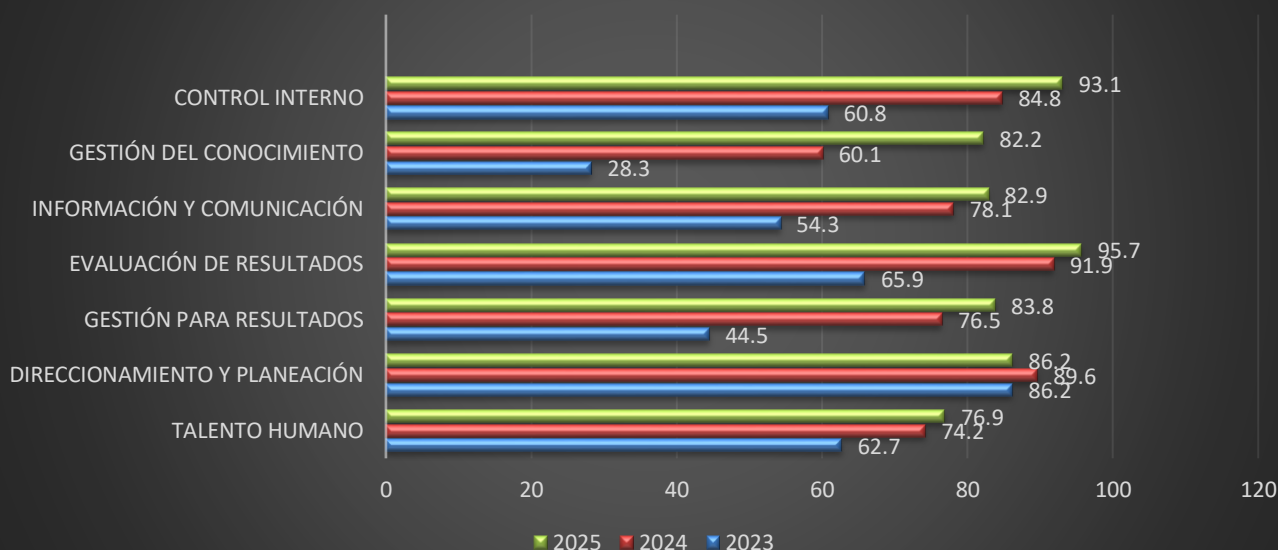
E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

INFORME

MIPG

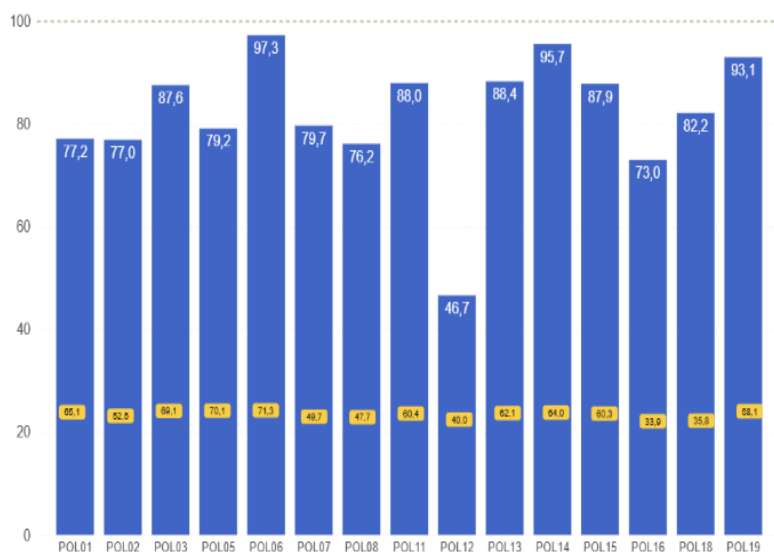
FECHA: 06/07/2026

CALIFICACIONES DIMENSIONES



PUNTAJE GENERAL POLÍTICAS MIPG 2025

III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



Nota 1: La etiqueta de valores en amarillo en cada columna indica el valor promedio obtenido en la política específica consultada.

POLÍTICAS

- POL01: Gestión Estratégica Del Talento Humano
- POL02: Integridad
- POL03: Planeación Institucional
- POL05: Compras y Contratación Pública
- POL06: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
- POL07: Gobierno Digital
- POL08: Seguridad Digital
- POL11: Servicio a las Ciudadanías
- POL12: Racionalización de Trámites
- POL13: Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- POL14: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- POL15: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción
- POL16: Gestión Documental
- POL18: Gestión del Conocimiento
- POL19: Control Interno

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Dimensión 1: Talento Humano:

La gestión del Talento Humano constituye el pilar fundamental para la efectividad institucional y el logro de los objetivos estratégicos del Hospital. Bajo los lineamientos de la política de Gestión Estratégica del Talento Humano, la entidad ha priorizado el fortalecimiento de las capacidades de sus colaboradores, promoviendo un entorno de trabajo que favorece la eficiencia administrativa y la excelencia en el servicio.

Evolución del Desempeño

La entidad ha mantenido una tendencia de crecimiento constante en esta dimensión, lo que demuestra la madurez de los procesos de gestión, bienestar y desarrollo del personal.

- **Resultados del FURAG**
 - ❖ **FURAG 2023:** 62,7%
 - ❖ **FURAG 2024:** 74,2%
 - ❖ **FURAG 2025:** 76,9%

Análisis de Resultados

El incremento obtenido en la vigencia 2025, alcanzando un **76,9%**, es reflejo de la consolidación de las estrategias implementadas para la profesionalización y el bienestar del equipo. Este avance no solo representa una mejora en las métricas del FURAG, sino que, valida la eficacia de las acciones orientadas a la capacitación, la evaluación del desempeño y la cultura organizacional.

El compromiso del equipo humano frente a los retos hospitalarios ha sido determinante para sostener este progreso. Durante este periodo, la gestión se enfocó en fortalecer la articulación entre el personal asistencial y administrativo, garantizando que el talento humano esté alineado con las metas del plan de desarrollo institucional y los estándares de calidad exigidos.

- Políticas Vinculantes:

La Dimensión de Talento Humano se articula a través de políticas transversales que definen la gestión del personal como un activo estratégico para la entidad. Específicamente, la **Política de Gestión Estratégica del Talento Humano** ha sido objeto de seguimiento continuo, demostrando una evolución consistente en la eficiencia de los procesos de planeación y desarrollo del personal.

Evolución de la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

La siguiente métrica resume el comportamiento de esta política durante el ciclo de evaluación, evidenciando una mejora sostenida en la implementación de las estrategias de gestión del capital humano:

- **Política de Gestión Estratégica del Talento Humano:**
 - ❖ **Puntaje 2023:** 74,9%
 - ❖ **Puntaje 2024:** 76,7%
 - ❖ **Puntaje 2025:** 77,2%

Análisis de la Gestión

El resultado alcanzado en la vigencia 2025, con una calificación del **77,2%**, ratifica la efectividad de las acciones orientadas al fortalecimiento del ciclo de vida del servidor público, desde su ingreso hasta su retiro o desarrollo dentro de la institución.

La leve pero constante progresión en esta política subraya un enfoque institucional orientado a:

- **Optimización de Procesos:** Continuidad en la implementación de estrategias adecuadas para la administración, bienestar y desarrollo del personal.
 - **Madurez en la Gestión:** Consolidación de los lineamientos internos que aseguran que el talento humano esté alineado con las directrices estratégicas del Hospital San Juan de Dios de Yarumal.
 - **Efectividad Institucional:** Capacidad de la entidad para adaptar sus prácticas de recursos humanos a las necesidades cambiantes del sector salud, manteniendo estándares de calidad y cumplimiento normativo.
- **Política de Integridad:**

La Política de Integridad constituye la base de la confianza pública y la transparencia en el Hospital. Los resultados obtenidos en las recientes vigencias dan cuenta de un esfuerzo institucional decidido por consolidar una cultura organizacional fundamentada en la ética, la transparencia y el servicio al ciudadano.

Evolución de la Política de Integridad

El desempeño de esta política ha mostrado una tendencia de crecimiento sostenido y sobresaliente, lo cual evidencia la eficacia de los mecanismos de sensibilización y control implementados:

- ❖ **Puntaje 2023:** 52,7%
- ❖ **Puntaje 2024:** 72,6%

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

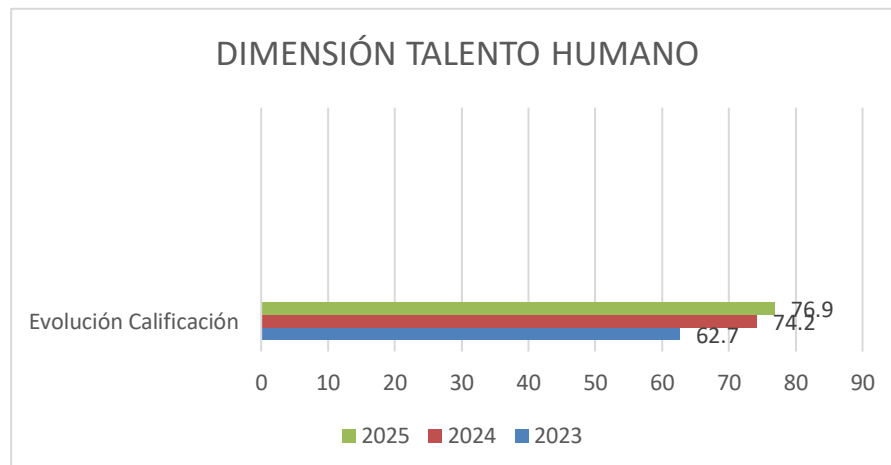
❖ **Puntaje 2025:** 77,0%

Análisis de Resultados

El puntaje obtenido en la vigencia 2025 (**77,0%**) es un indicador contundente del avance en la consolidación de la ética institucional. Partiendo de un nivel de línea base del 52,7% en 2023, la entidad ha logrado una mejora significativa que supera los 24 puntos porcentuales en un periodo de tres años. Este incremento refleja:

- **Fortalecimiento Cultural:** La internalización de los valores institucionales por parte del equipo humano, superando la visión de la integridad como un simple cumplimiento normativo para convertirla en un pilar del quehacer diario.
- **Gestión del Riesgo y Transparencia:** El éxito de las estrategias para fomentar una cultura de transparencia, las cuales han sido esenciales para la protección institucional ante los entes de control, en línea con el compromiso de la entidad por salvaguardar sus procesos administrativos.
- **Sostenibilidad del Modelo:** La continuidad de estas acciones confirma que el Hospital ha integrado la ética como una variable transversal, asegurando que cada proceso, desde lo administrativo hasta lo asistencial, esté permeado por criterios de honestidad y eficiencia.

- Gráficas:



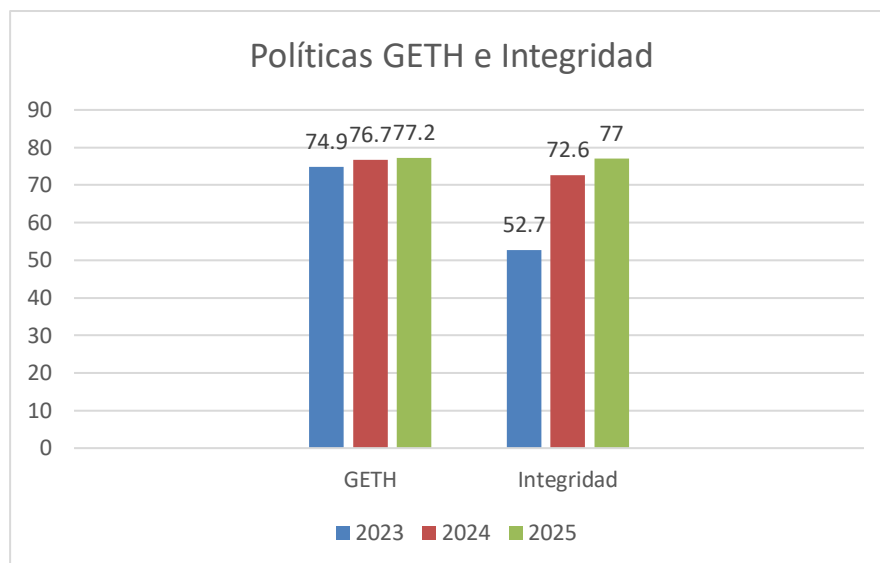


E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

INFORME

MIPG

FECHA: 06/07/2026



Análisis y Conclusiones

La evolución cuantitativa observada en la Dimensión de Talento Humano durante el periodo 2023-2025 demuestra la consolidación de una gestión orientada a resultados y al fortalecimiento del capital humano. El incremento sostenido en la calificación global de la dimensión es, principalmente, el resultado de una estrategia de intervención integral que ha logrado permear los niveles operativos y administrativos del Hospital.

Un aspecto destacado en este análisis es el comportamiento de la Política de Integridad, la cual ha experimentado un crecimiento constante, pasando de una calificación inicial de 52,7% en 2023 a un 77,0% en 2025. Este avance no es fortuito; responde directamente a una hoja de ruta enfocada en la sensibilización ética, la promoción de la transparencia y la adopción de medidas que fortalecen la cultura organizacional. Estos resultados validan la efectividad de los programas de capacitación y la implementación de protocolos que mitigan los riesgos asociados a la conducta institucional.

En conclusión, el Hospital San Juan de Dios de Yarumal ha demostrado una capacidad de mejora continua destacable. Sin embargo, para mantener esta curva de crecimiento, es imperativo no solo sostener lo alcanzado, sino elevar la exigencia en la ejecución. El desafío para las próximas vigencias radica en transformar los resultados del FURAG en prácticas cotidianas que optimicen la eficiencia administrativa y garanticen una prestación del servicio alineada con los estándares de excelencia del Estado colombiano.

Recomendaciones

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Con el propósito de mantener la senda de crecimiento y alcanzar la madurez en la implementación de las políticas evaluadas, se sugieren las siguientes acciones de mejora, las cuales se alinean con las directrices de Función Pública para fortalecer la gestión institucional:

Política Gestión Estratégica del Talento Humano

Incorporar actividades que promuevan la inclusión y la diversidad (personas con discapacidad) en el Plan Estratégico de Talento Humano de la entidad.
Incorporar actividades que promuevan la inclusión de jóvenes entre los 18 y 28 años en el Plan Estratégico de Talento Humano de la entidad.
Adelantar los estudios técnicos que soporten la ampliación de la planta de personal.
Verificar en la planta de personal de la entidad que existan servidores de carrera administrativa que puedan ocupar los empleos en encargo o comisión de modo que se pueda llevar a cabo la selección de un gerente público o de un servidor de libre nombramiento y remoción. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
Verificar que los candidatos para la selección de un gerente público o de un servidor de libre nombramiento y remoción cumplan con los requisitos para desempeñar el empleo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
Aplicar las pruebas necesarias para garantizar la idoneidad de los candidatos a gerente público o de un servidor de libre nombramiento y remoción. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
Analizar si los resultados de la evaluación del desempeño laboral y de los acuerdos de gestión fueron eficaces y permitieron el cumplimiento de las metas de la entidad.
Implementar el eje de transformación digital y cibercultura en el Plan Institucional de Capacitación - PIC de la entidad.
Implementar el eje de paz total, memoria y derechos humanos en el Plan Institucional de Capacitación - PIC de la entidad.
Implementar el eje de territorio, vida y ambiente en el Plan Institucional de Capacitación - PIC de la entidad.
Implementar el eje de probidad, ética e identidad de lo público en el Plan Institucional de Capacitación - PIC de la entidad.
Implementar el eje de mujeres, inclusión y diversidad en el Plan Institucional de Capacitación - PIC de la entidad.
Implementar el eje de habilidades y competencias en el Plan Institucional de Capacitación - PIC de la entidad.
Implementar acciones de mejora con base en los resultados de medición del clima laboral y documentar el proceso.
Promover en la entidad el uso de la bicicleta por parte de los servidores públicos, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1811 de 2016.
Elaborar un protocolo de atención frente a los casos de acoso laboral que se presenten en la

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

entidad.

Conformar la Comisión de Personal en la entidad, con base en lo estipulado en la Ley 909 de 2004.

Utilizar mecanismos que garanticen la selección meritocrática de los gerentes públicos y/o los servidores de libre nombramiento y remoción de la entidad.

Utilizar mecanismos para realizar la inducción a los gerentes públicos de la entidad.

Política de Integridad

Designar un líder, área o grupo de trabajo responsable de la implementación de las acciones en materia de integridad.

Evaluar y hacer seguimiento a la implementación de las acciones en materia de integridad.

Utilizar otros informes o estudios (Encuesta de percepción del Desempeño Institucional del Departamento Nacional de Estadística - DANE, lineamientos internacionales - OCDE, ONU, entre otros) para evaluar el estado de la política de integridad pública.

Elaborar e implementar un procedimiento interno para el manejo y declaración de conflictos de interés.

Capacitar a los servidores públicos y contratistas en la identificación, declaración y gestión de posibles conflictos de interés.

Identificar a los servidores públicos y contratistas obligados a cumplir con las disposiciones establecidas en la Ley 2013 de 2019.

Identificar a los servidores públicos como Personas Expuestas Políticamente – PEP, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 830 de 2021.

Hacer seguimiento y control al cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 en el Aplicativo por la Integridad Pública.

Gestionar de acuerdo con el procedimiento interno las recusaciones y posibles conflictos de interés informados por los servidores públicos o contratistas de la entidad.

Llevar a cabo espacios internos de construcción, co-creación e implementación de lineamientos para la gestión adecuada de conflictos de intereses, y el fortalecimiento de los valores del servicio público.

Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación:

Esta dimensión constituye el eje articulador de la gestión institucional, al definir el norte estratégico del Hospital, la asignación eficiente de recursos y el despliegue de los objetivos organizacionales. Su adecuada ejecución es garantía de coherencia administrativa y sostenibilidad financiera.

Evolución del Desempeño

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de esta dimensión, reflejando las fluctuaciones en la gestión estratégica durante el ciclo evaluado:

- **Resultados del FURAG:**
 - ❖ **FURAG 2023:** 86,2%
 - ❖ **FURAG 2024:** 89,6%
 - ❖ **FURAG 2025:** 86,2%

Análisis de Resultados

El desempeño en la vigencia 2025 alcanza un puntaje de **86,2%**. Al contrastar este resultado con la vigencia anterior, se identifica una variación que invita a la reflexión técnica sobre los procesos de planeación institucional.

Si bien el resultado de 86,2% se mantiene en un rango competitivo que denota una base sólida en el direccionamiento de la entidad, el ajuste respecto a la medición de 2024 sugiere la necesidad de revisar los factores que afectaron la continuidad de las metas estratégicas. Este comportamiento exige un análisis detallado sobre:

- **Adaptabilidad Institucional:** La capacidad del Hospital para ajustar sus instrumentos de planeación ante cambios en el entorno hospitalario.
 - **Seguimiento y Evaluación:** La necesidad de fortalecer el monitoreo de los indicadores de impacto, asegurando que las acciones ejecutadas mantengan una correlación directa con los objetivos del plan estratégico y las exigencias del MIPG.
 - **Consolidación de procesos:** Este puntaje debe ser visto como un punto de partida para una revisión integral que permita identificar brechas en la ejecución presupuestal o en la actualización de los instrumentos de planeación, orientando las acciones futuras hacia la recuperación de los niveles de excelencia observados en periodos precedentes.
- **Políticas Vinculantes:**

La Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación se fundamenta en políticas clave que estructuran la toma de decisiones y el uso eficiente de los recursos. La **Política de Planeación Institucional** es, sin duda, el instrumento más relevante para asegurar que el Hospital San Juan de Dios de Yarumal cumpla con su misión y visión de manera ordenada.

Evolución de la Política de Planeación Institucional

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

El comportamiento de esta política durante el periodo evaluado refleja una gestión que, tras alcanzar un nivel de madurez elevado en 2024, se ha estabilizado en 2025, manteniendo indicadores de desempeño que superan el promedio de cumplimiento esperado:

- **Política de Planeación Institucional:**

- ❖ **Puntaje 2023:** 87,1%
- ❖ **Puntaje 2024:** 92%
- ❖ **Puntaje 2025:** 87,6%

Análisis de la Gestión

El resultado obtenido en la vigencia 2025, con una calificación del **87,6%**, consolida la Política de Planeación Institucional como una de las más robustas de la entidad.

Tras el incremento obtenido en 2024, el puntaje actual demuestra que el Hospital ha logrado mantener sus estándares de planificación por encima de la línea base de 2023. Este desempeño evidencia:

- **Consistencia en la Planeación:** La entidad sostiene una estructura de planificación técnica que garantiza la continuidad operativa, incluso ante los retos que supone la gestión de servicios de salud en la región.
- **Gestión del Cambio:** La variación observada entre 2024 y 2025 es interpretada como un ajuste técnico que permite a la institución evaluar la eficacia de sus planes frente a las necesidades operativas reales, permitiendo un proceso de mejora continua más realista y aterrizado.
- **Compromiso con el MIPG:** La política reafirma la capacidad del equipo administrativo para alinear los instrumentos de planeación (Planes de Acción, Presupuesto, y Seguimiento) con los objetivos estratégicos institucionales, asegurando que la planeación sea un ejercicio cotidiano y no solo un requerimiento de reporte.

- **Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público:**

Aunque la política no cuenta con una calificación por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública para la presente vigencia, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal ha integrado activamente los principios de eficiencia del gasto público en su gestión financiera y administrativa.

Durante el periodo 2025, la entidad ha formalizado avances significativos encaminados al cumplimiento de esta política:

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

- **Optimización del ciclo presupuestal:** Se han estandarizado los procesos de ejecución presupuestal, priorizando la racionalización de los recursos y asegurando que cada asignación guarde estricta relación con el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo y el Plan de Gestión Institucional.
- **Seguimiento al cumplimiento normativo:** Se ha fortalecido el ejercicio del control interno sobre la ejecución de los recursos, garantizando la transparencia y la rendición de cuentas, en línea con el modelo de control interno para entidades públicas.
- **Gestión de riesgos financieros:** Como parte de la estrategia institucional, se han incorporado criterios de eficiencia dentro de los mapas de riesgos de la entidad, permitiendo identificar y mitigar las posibles desviaciones en el uso de los recursos públicos.

- ❖ **Puntaje 2023:** No evaluada
- ❖ **Puntaje 2024:** No evaluada
- ❖ **Puntaje 2025:** No evaluada

La entidad mantiene el compromiso de alinear sus prácticas de gestión presupuestal con los estándares del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), consolidando estas acciones como la base técnica para futuras evaluaciones del DAFP.

-Política de Compras y Contratación Pública:

- ❖ **Puntaje 2023:** No evaluada
- ❖ **Puntaje 2024:** 81,5%
- ❖ **Puntaje 2025:** 79,2%

El Hospital mantiene un desempeño satisfactorio en la Política de Compras y Contratación Pública, consolidando resultados estables en el rango de alta madurez institucional. Si bien el puntaje del 79,2% refleja una variación marginal respecto a la vigencia anterior, este resultado ratifica la continuidad en la aplicación de los principios de selección objetiva, transparencia y publicidad, en estricta observancia de los lineamientos de la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente.

Acciones de fortalecimiento y análisis de mejora:

- **Consolidación de la gestión contractual:** La entidad ha mantenido la rigurosidad en la plataforma SECOP II, garantizando la trazabilidad total de los procesos contractuales y el fortalecimiento de la transparencia en la gestión pública.
- **Enfoque en la calidad de la supervisión:** A partir del análisis del indicador 2025, la Alta Dirección ha priorizado el fortalecimiento de los perfiles de supervisión,



E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

INFORME

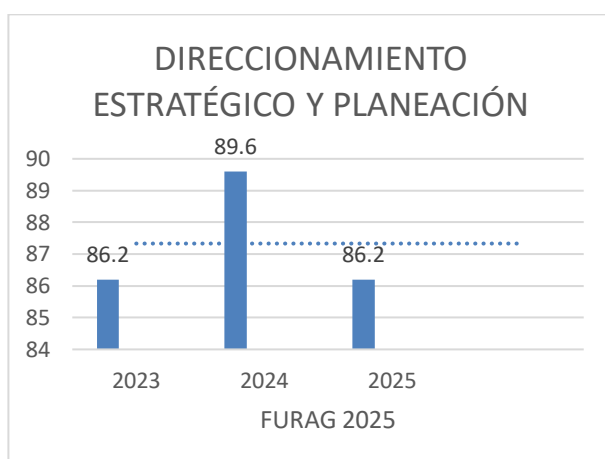
MIPG

FECHA: 06/07/2026

garantizando que el seguimiento técnico, administrativo y financiero cumpla con los estándares de eficiencia del hospital.

- **Control preventivo y gestión de riesgos:** Se ha intensificado el ejercicio de control interno preventivo en las etapas precontractuales, enfocando esfuerzos en la calidad de los estudios previos y la adecuada planeación de las adquisiciones para asegurar el uso eficiente de los recursos.
- **Mitigación de brechas:** El equipo administrativo se encuentra ajustando los controles internos para asegurar que el próximo ciclo de evaluación retome la tendencia ascendente, fortaleciendo la articulación entre el área financiera, jurídica y de planeación.

- **Gráficas:**



	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

- **Análisis y Conclusiones:**

La gestión de la Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación durante el periodo 2025 demuestra una entidad en proceso de consolidación de su cultura organizacional bajo el modelo MIPG. Si bien la E.S.E. ha logrado estabilizar indicadores críticos - como la Política de Compras y Contratación Pública (79,2%) -, se observa que la madurez de la entidad se ve condicionada por aquellas políticas que, al no ser evaluadas oficialmente, quedan sujetas a una autogestión de cumplimiento progresivo.

El análisis de los resultados permite concluir que el éxito de esta dimensión no depende únicamente de la obtención de un puntaje, sino de la capacidad del Hospital para integrar los lineamientos del DAFP en sus procesos misionales y administrativos. La brecha encontrada en la política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto pone de presente la necesidad urgente de fortalecer los mecanismos de control preventivo y la trazabilidad de los indicadores financieros.

Conclusiones:

1. **Madurez en la Gestión de Compras:** A pesar de una leve variación en el indicador de compras respecto a 2024, el puntaje obtenido (79,2%) refleja una estabilidad operativa y una adherencia normativa que brinda seguridad jurídica a la institución ante los entes de control externo.
2. **Oportunidad de Mejora en el Direccionamiento:** La persistencia de políticas bajo el estado "No evaluada" sugiere la existencia de una oportunidad de mejora en la articulación de la planeación institucional. Se requiere migrar de una gestión operativa a una gestión basada en resultados, donde los lineamientos de Función Pública sean el eje de la planificación operativa anual.
3. **Fortalecimiento del Control Interno:** Se concluye que la eficacia del direccionamiento estratégico es directamente proporcional a la rigurosidad con la que se ejecuten los controles en la etapa de planeación. El Hospital requiere, por tanto, una mayor integración entre el Plan de Acción Institucional y las políticas transversales del modelo, eliminando los silos de información entre las áreas administrativas.

Balance final: La Dimensión de Direccionamiento Estratégico se encuentra en un punto de equilibrio; la entidad conoce sus debilidades y posee la capacidad técnica para superarlas, siempre y cuando se asigne prioridad a la formalización de los indicadores para las políticas aún no evaluadas durante el ciclo 2026.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

- Recomendaciones:

En aras de elevar los niveles de madurez institucional y dar cumplimiento a los lineamientos emitidos por la Función Pública, se presentan las siguientes recomendaciones prioritarias:

Política de Planeación Institucional

Elaborar y actualizar el normograma (leyes, decretos, sentencias, acuerdos).
Asegurar que se asignen recursos para la ejecución de la estrategia anual de servicio a la ciudadanía

Política de Compras y Contratación Pública

Utilizar los Acuerdos Marco de Precios para la adquisición de bienes y servicios señalados en el Decreto 310 de 2021 "Por el cual se reglamenta el artículo 41 de la Ley 1955 de 2019, sobre las condiciones para implementar la obligatoriedad y aplicación de los Acuerdos Marco de Precios y se modifican los artículos 2.2.1.2.1.2.7. y 2.2.1.2.1.2.12. del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional".

Para ello, se recomienda tener en cuenta los siguientes documentos elaborados por la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente:

- Guía General de los Acuerdos Marco de Precios:

<https://www.colombiacompra.gov.co/archivos/manual/guia-general-de-los-acuerdos-marco-de-precio>

- Guía para entender los Acuerdos Marco de Precios:

<https://www.colombiacompra.gov.co/archivos/manual/guia-para-entender-los-acuerdo-marco>

- Guía de Contratación Pública Sostenible y Socialmente Responsable:

<https://www.colombiacompra.gov.co/archivos/manual/guia-de-compras-publicas-sostenibles-y-socialmente-responsables>

Asimismo, se recomienda revisar el ítem "Hacer uso de la Tienda Virtual del Estado Colombiano" del numeral 2.4. Política de Compras y Contratación Pública del Manual Operativo MIPG V6 de la Función Pública.

Cuando no exista un Acuerdo Marco de Precios para el bien o servicio requerido, las entidades estatales deben estudiar, comparar e identificar las ventajas de utilizar la bolsa de productos para la adquisición respectiva frente a la subasta inversa o a la promoción de un

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

nuevo Acuerdo Marco de Precios con la Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente. Lo anterior en cumplimiento al Artículo 2 del Decreto 310 de 2021.

Dimensión 3: Gestión con Valores para Resultados:

El incremento sostenido en el puntaje de la Dimensión de Gestión con Valores para Resultados, alcanzando un notable 83,8% en la vigencia 2025, evidencia un proceso de fortalecimiento institucional exitoso. La E.S.E. ha logrado alinear eficazmente su gestión operativa con los valores del servicio público, garantizando que el cumplimiento de los resultados misionales se traduzca en una garantía real de los derechos de los ciudadanos.

Este avance es el resultado de la materialización efectiva de la planeación institucional, donde el enfoque ha pasado de la mera ejecución administrativa a una gestión basada en el impacto y la calidad del servicio.

Logros destacados en la vigencia 2025:

Cultura de Servicio: Se ha interiorizado el enfoque de "Gestión con Valores", logrando que los protocolos de atención al usuario y los procesos administrativos reflejen un compromiso ético y humano, alineado con la misión del hospital.

Optimización del cumplimiento: La brecha de casi 40 puntos porcentuales respecto a 2023 confirma que los ajustes en los procedimientos internos y la estandarización de las rutas de atención han sido efectivos.

Orientación a resultados: La entidad ha logrado conectar con éxito los objetivos estratégicos con la operación diaria, permitiendo que cada colaborador comprenda su rol en la consecución de los resultados institucionales y el impacto positivo en la comunidad.

- Resultados del FURAG:

- ❖ **FURAG 2023:** 44,5%
- ❖ **FURAG 2024:** 76,5%
- ❖ **FURAG 2025:** 83,8%

El Hospital se posiciona hoy en un nivel de madurez superior. La calificación de 83,8% no solo cumple con los estándares del DAFP, sino que consolida al hospital como una entidad que prioriza la excelencia operativa y la integridad en cada uno de sus procesos misionales. El reto para el próximo ciclo será mantener este nivel de desempeño, buscando la optimización continua y la sostenibilidad de los cambios logrados.

- Políticas Vinculantes:

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

La Dimensión de Gestión con Valores para Resultados se articula a través de once políticas de gestión y desempeño, de las cuales siete han sido objeto de evaluación técnica por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) durante los periodos 2023, 2024 y 2025.

La gestión de estas siete políticas ha sido el motor principal del incremento en el puntaje de la Dimensión 3. La E.S.E. ha priorizado la implementación de los lineamientos del DAFP en estas áreas, reconociendo su impacto directo en la capacidad del Hospital para cumplir sus metas misionales y responder a las expectativas de la población del área de influencia.

- **Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos:**

La E.S.E. ha alcanzado un nivel de madurez sobresaliente en la Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos. El ascenso al **97,3%** ratifica que el proceso de reingeniería administrativa y la estandarización de protocolos internos han sido efectivos, permitiendo una operatividad más ágil, eficiente y enfocada en la eliminación de cuellos de botella en la atención y la gestión administrativa.

Avances estratégicos logrados:

Optimización procedimental: A pesar de las limitaciones tecnológicas, la entidad ha logrado estandarizar sus procesos mediante una gestión documental rigurosa, lo que permite que cada actividad esté claramente definida, reduciendo la discrecionalidad y el error operativo.

Reducción de trámites: Se han simplificado los flujos internos para el usuario, permitiendo que la interacción con el hospital sea más clara y efectiva, cumpliendo con el objetivo de eficiencia que dicta el MIPG.

Gestión de riesgos integrada: La simplificación no ha comprometido el control; por el contrario, al documentar y estandarizar los procesos, se han podido mapear con mayor precisión los riesgos, permitiendo una supervisión más efectiva por parte de la Auditoría Interna.

Cultura de mejora continua: Este puntaje es la prueba de que el Hospital ha interiorizado la política como una herramienta de trabajo diario, y no como una carga administrativa.

- ❖ **Puntaje 2023:** 67,3%
- ❖ **Puntaje 2024:** 89,6%
- ❖ **Puntaje 2025:** 97,3%

La E.S.E. se encuentra en un estado de excelencia en esta política. El reto institucional para el periodo siguiente se centra en la sostenibilidad del modelo: mantener estos niveles de

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

eficiencia mediante la actualización permanente de los manuales de procesos y la vigilancia constante sobre los puntos críticos de control, garantizando que el estándar del 97,3% se convierta en el nuevo piso operativo de la entidad.

- **Política de Gobierno Digital:**

El Hospital mantiene una tendencia ascendente en su transformación digital, alcanzando un índice del 79,7%. Este avance refleja el compromiso de la entidad por cerrar la brecha tecnológica y facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud a través de medios electrónicos. El progreso constante demuestra que el Hospital ha logrado integrar de manera efectiva la estrategia de Gobierno Digital dentro de su marco administrativo, priorizando la accesibilidad, la transparencia y la calidad en la interacción digital con la comunidad.

Avances y retos institucionales:

Potenciación de canales digitales: Se ha optimizado la presencia institucional en medios digitales, garantizando que el usuario tenga acceso a información actualizada y canales de atención no presencial.

Gestión de la información sin herramientas especializadas: El puntaje obtenido pone de relieve el esfuerzo administrativo para estructurar la información pública y digitalizar procesos, incluso ante la ausencia de un software especializado para la gestión de incidentes y seguimiento de procesos TIC.

Seguridad y confianza digital: La implementación de estas herramientas ha estado acompañada de controles que buscan la protección de los datos de los usuarios, aspecto crítico en la prestación de servicios de salud.

Hacia la interoperabilidad: La entidad continúa trabajando en la articulación de sus procesos hacia un modelo de gestión electrónica que permita una mayor eficiencia en el servicio, reduciendo la carga administrativa y mejorando el tiempo de respuesta al ciudadano.

- ❖ **Puntaje 2023:** 41,9%
- ❖ **Puntaje 2024:** 68,9%
- ❖ **Puntaje 2025:** 79,7%

La Política de Gobierno Digital se ha convertido en una pieza fundamental para la modernización del Hospital. El resultado alcanzado en 2025 es un respaldo al esfuerzo de la institución por innovar en sus métodos de atención. El desafío para las próximas vigencias será escalar esta digitalización hacia la automatización de procesos internos, buscando soluciones que permitan robustecer la infraestructura tecnológica para, eventualmente, superar las barreras actuales y elevar el índice hacia niveles de excelencia.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

-Política de Seguridad Digital:

La E.S.E. ha logrado un progreso significativo en la madurez de su Política de Seguridad Digital. La calificación obtenida del 76,2% marca una mejora sustancial frente a años anteriores, reflejando un fortalecimiento en los protocolos para la protección de los activos de información y la mitigación de ciberamenazas. Este resultado es indicativo de una mayor conciencia institucional sobre la importancia de garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información en el entorno digital.

Acciones de fortalecimiento y gestión de riesgos:

Fortalecimiento de salvaguardas: La entidad ha implementado medidas técnicas y administrativas encaminadas a proteger los sistemas de información, considerando especialmente la criticidad de los datos asociados a los procesos clínicos y administrativos.

Cultura de seguridad: A pesar de los desafíos operativos, se ha impulsado una mayor sensibilización sobre el uso responsable de las herramientas tecnológicas, promoviendo prácticas preventivas entre el personal del hospital para minimizar incidentes de seguridad.

Gestión del riesgo digital: Se han integrado los riesgos asociados a la seguridad de la información en el mapa de riesgos institucional, permitiendo un monitoreo más cercano y una respuesta más estructurada ante eventuales vulnerabilidades.

Cumplimiento normativo: Estos avances aseguran que la entidad se alinee de mejor manera con el Marco de Seguridad y Confidencialidad de la Información, protegiendo tanto la reputación del Hospital como los derechos de los pacientes.

- ❖ **Puntaje 2023:** 30,2%
- ❖ **Puntaje 2024:** 47,1%
- ❖ **Puntaje 2025:** 76,2%

La entidad ha pasado de una etapa inicial de implementación a una de fortalecimiento efectivo. El desafío para las próximas vigencias radica en la sostenibilidad y actualización constante de estas medidas, dado que el entorno de amenazas digitales es altamente dinámico. La E.S.E. debe continuar priorizando la inversión en controles de seguridad, especialmente ante la ausencia de herramientas especializadas, para asegurar que la seguridad digital sea un pilar inamovible de la gestión institucional.

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

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios ha consolidado una gestión ejemplar en materia de transparencia y lucha contra la corrupción, alcanzando un puntaje del 87,9%. Este resultado es el reflejo de un esfuerzo institucional sostenido por garantizar el derecho de los ciudadanos al acceso a la información pública, así como por fortalecer los mecanismos internos de prevención, detección y control de riesgos de corrupción. La entidad ha logrado transformar la rendición de cuentas en un ejercicio de cara a la ciudadanía, consolidando la confianza institucional.

Avances estratégicos logrados:

Fortalecimiento de la transparencia activa: Se ha garantizado la actualización oportuna de la información en los canales oficiales, asegurando que la ciudadanía disponga de datos claros y veraces sobre la gestión, ejecución presupuestal y contratación del Hospital.

Cultura de integridad: La implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) ha permeado los diferentes niveles operativos, promoviendo una cultura organizacional donde la integridad es un pilar fundamental en la atención y la toma de decisiones.

Gestión de riesgos de corrupción: Se han integrado los controles contra la corrupción en el mapa de riesgos institucional, permitiendo un seguimiento preventivo y la mitigación de posibles escenarios de desvío de recursos o malas prácticas administrativas.

Participación y rendición de cuentas: La entidad ha diversificado los espacios de rendición de cuentas, permitiendo que la comunidad participe activamente en el seguimiento de la gestión, cumpliendo con los estándares de MIPG y las directrices de la Procuraduría General de la Nación.

❖ **Puntaje 2023:** 46,1%

❖ **Puntaje 2024:** 82,8%

❖ **Puntaje 2025:** 87,9%

La E.S.E. se sitúa en un nivel de madurez avanzado en esta política. El reto institucional para las vigencias venideras es mantener este estándar de excelencia, asegurando que los mecanismos de transparencia no solo sean una respuesta a los requerimientos de los entes de control, sino el eje central sobre el cual se construye la relación con los usuarios, consolidando al Hospital como un referente de integridad en la región.

- Política de Servicio al Ciudadano:

El Hospital ha alcanzado un nivel de madurez consolidado en la Política de Servicio al Ciudadano, obteniendo una calificación del 88,0%. Este puntaje refleja un esfuerzo continuo

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

por elevar los estándares de calidad en la atención, priorizando la calidez humana, la oportunidad en la respuesta y la satisfacción de los usuarios. El Hospital ha dejado atrás los niveles de cumplimiento básicos para enfocarse en una atención que responde a las necesidades reales de la población de Yarumal y su área de influencia.

Avances estratégicos logrados:

Estandarización del SIAU: Se ha fortalecido el Sistema de Información y Atención al Usuario, garantizando que los procesos de recepción de PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias) sean efectivos, oportunos y brinden una respuesta satisfactoria al ciudadano.

Enfoque en la experiencia del usuario: Las acciones de mejora implementadas han permitido que el proceso de atención no sea visto como un trámite, sino como una experiencia de servicio que dignifica al paciente y su familia.

Monitoreo y retroalimentación: La entidad ha implementado mecanismos para medir la percepción de los usuarios, utilizando estos datos como insumo para ajustar los manuales de atención y mejorar los tiempos de espera y la calidad de la información brindada.

Cultura de servicio humanizado: El personal asistencial y administrativo ha interiorizado el compromiso con la excelencia, alineándose con las directrices de servicio que promueven un trato empático y respetuoso.

- ❖ **Puntaje 2023:** 43,9%
- ❖ **Puntaje 2024:** 86,8%
- ❖ **Puntaje 2025:** 88,0%

El resultado alcanzado en 2025 ratifica que la E.S.E. ha logrado una transformación cultural exitosa en el servicio al ciudadano. El desafío para las próximas vigencias es mantener este estándar, trabajando en la personalización y agilidad de los canales de atención, especialmente frente a las limitaciones de infraestructura tecnológica que la entidad ha afrontado con resiliencia y capacidad organizativa.

- Política de Racionalización de Trámites:

La calificación de 46,7% en la Política de Racionalización de Trámites para la presente vigencia está directamente asociada al cumplimiento de las condiciones de reporte y estandarización exigidas por el **Sistema Único de Información de Trámites (SUIT)**. El proceso de adaptación a los nuevos requerimientos técnicos y de cargue de información que demanda la plataforma nacional ha representado un desafío administrativo para la E.S.E., impactando temporalmente el índice de cumplimiento respecto a la vigencia anterior.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Justificación técnica y medidas correctivas:

Complejidad en la estandarización: La entidad ha enfrentado la necesidad de ajustar sus procesos internos a los lineamientos de estandarización exigidos por el SUIT, lo cual implica un proceso de depuración y reajuste de la información que se reporta centralmente.

Sincronización con el sistema: El esfuerzo administrativo se ha centrado en garantizar que cada uno de los trámites identificados en el Hospital esté plenamente alineado con la taxonomía y las exigencias del sistema nacional, proceso que, por su naturaleza técnica, requiere de una etapa de transición y ajuste.

Hoja de ruta para el cumplimiento: Ante esta realidad, la Alta Dirección ha priorizado la formación del equipo encargado del reporte y la revisión de los flujogramas de los trámites reportados, con el objetivo de asegurar que la carga en el SUIT sea coherente con la realidad operativa del hospital y cumpla con los estándares del DAFP para próximas evaluaciones.

Acciones de mitigación: A pesar del resultado, la E.S.E. reitera su compromiso con la racionalización; el enfoque no se ha desviado, sino que se ha trasladado hacia una gestión más rigurosa y técnica del reporte ante el SUIT para asegurar la calidad de la información presentada.

- ❖ **Puntaje 2023:** 11,1%
- ❖ **Puntaje 2024:** 64,7%
- ❖ **Puntaje 2025:** 46,7%

La E.S.E. reconoce el impacto del cumplimiento ante el SUIT como un factor determinante en el indicador de la presente vigencia. La entidad trabajará en la optimización de los procesos de cargue y estandarización, entendiendo que esta plataforma no solo es un requisito de reporte, sino una herramienta para la transparencia y la mejora de la atención al usuario, comprometiéndose a elevar los estándares en los próximos ciclos de evaluación.

- Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública:

El Hospital ha alcanzado un nivel de madurez destacado en la Política de Participación Ciudadana, situándose en un 88,4%. Este resultado confirma que la entidad ha dejado de ver la participación como un trámite formal para integrarla como un componente estratégico en su gestión. El incremento sostenido refleja una estructura institucional más abierta, donde los espacios de diálogo con la comunidad, tales como las asociaciones de usuarios y los comités de vigilancia, han ganado relevancia y efectividad.

Avances estratégicos logrados:

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Fortalecimiento de los espacios de participación: Se han dinamizado los mecanismos de interacción, garantizando que la ciudadanía no solo sea informada, sino consultada en la toma de decisiones que afectan la prestación de los servicios de salud.

Inclusión ciudadana en la planeación: Se ha fomentado la participación activa de los ciudadanos en los ejercicios de rendición de cuentas y en la construcción de los planes de acción, asegurando que las necesidades de la población de Yarumal sean la base de la gestión hospitalaria.

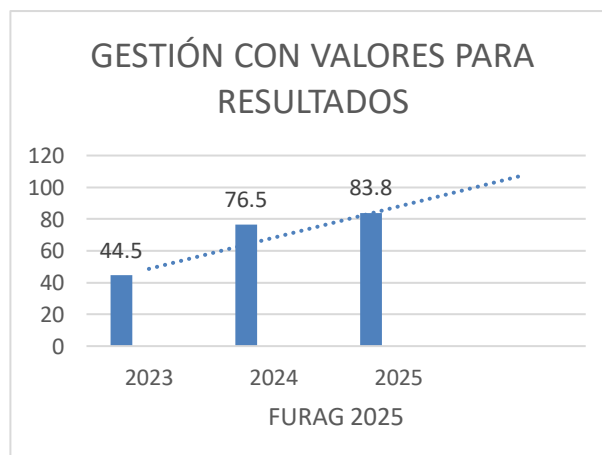
Transparencia en la deliberación: La entidad ha trabajado en democratizar el acceso a la información sobre la gestión pública, eliminando barreras que impedían que la comunidad entendiera cómo se administran sus recursos y cómo se definen las rutas de atención.

Cultura de gobernanza: La participación ha pasado a ser un ejercicio constante de control social, donde el hospital valora y gestiona las sugerencias de sus usuarios como insumo fundamental para la mejora continua del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

- ❖ **Puntaje 2023:** 48,3%
- ❖ **Puntaje 2024:** 85,6%
- ❖ **Puntaje 2025:** 88,4%

El puntaje obtenido en 2025 es un testimonio de la apertura del hospital hacia su entorno. La entidad ha consolidado un modelo de gestión donde el ciudadano es un aliado estratégico. El reto para la siguiente vigencia será mantener la sostenibilidad de estos espacios de participación, garantizando que la voz de la ciudadanía continúe siendo un eje transversal que guía la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios hospitalarios.

- **Gráficas:**



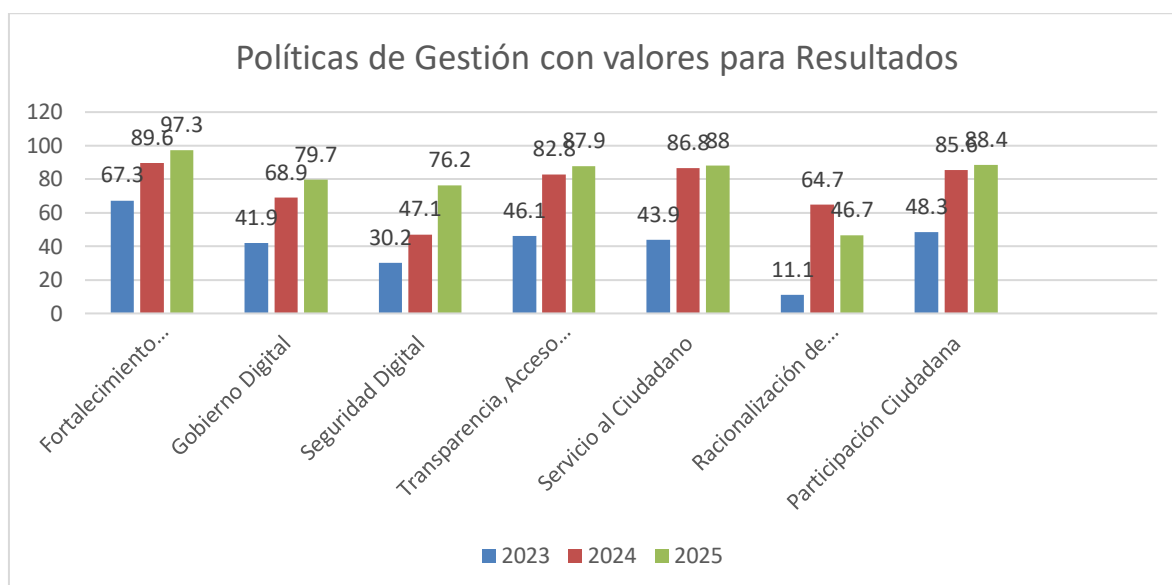


E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

INFORME

MIPG

FECHA: 06/07/2026



- Análisis y Conclusiones

El desempeño de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal en la presente vigencia (83,8%) confirma una madurez organizacional superior. Hemos consolidado una transición exitosa: de una gestión de cumplimiento básico en 2023, a una gestión de alto impacto en 2025. Los resultados ratifican que los valores del servicio público han sido internalizados, transformando la manera en que la institución se relaciona con sus usuarios y gestiona sus recursos.

Conclusiones estratégicas:

- **Excelencia operativa:** El notable ascenso en políticas como el *Fortalecimiento Institucional* (97,3%) demuestra que la capacidad de respuesta y organización del hospital ha alcanzado estándares de excelencia, superando las limitaciones de infraestructura tecnológica mediante una gestión procesal impecable.
- **Resiliencia ante el cumplimiento normativo:** La variación observada en *Racionalización de Trámites* es un indicador objetivo de las exigencias técnicas del SUIT. Esta situación ha permitido identificar una oportunidad de mejora inmediata para centralizar la estandarización normativa, evitando que factores externos de reporte afecten la calificación de un proceso misional que, en la práctica, sigue siendo eficiente.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

- **Gestión centrada en el ciudadano:** El crecimiento sostenido en *Participación y Servicio al Ciudadano* valida que la E.S.E. es hoy una institución más cercana, transparente y confiable para la comunidad de Yarumal.

Recomendaciones

Para elevar la madurez de la Dimensión 3 hacia la excelencia, la Auditoría Interna recomienda a la Alta Dirección:

Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos

Revisar y actualizar los procesos y procedimientos de manera periódica, para implementar mejoras identificadas.

Política de Gobierno Digital

Elaborar un tablero de control con indicadores para hacer seguimiento a la implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
Implementar la hoja de ruta definida en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
Publicar en la sede electrónica de la entidad el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
Definir un repositorio para almacenar los ejercicios de Arquitectura Empresarial que realice la entidad.
Determinar el alcance de los proyectos con componentes de Tecnologías de la Información en la entidad, así como la priorización de actividades asociadas a cada uno.
Realizar seguimiento a través de indicadores de eficiencia y eficacia a la ejecución de proyectos con componentes de Tecnologías de la Información en la entidad.
Realizar análisis y tratamiento de riesgos de los proyectos con componentes de Tecnologías de la Información en la entidad.
Establecer una metodología para la gestión de proyectos con componentes de Tecnologías de la Información.
Documentar las lecciones aprendidas de los proyectos con componentes de Tecnologías de la Información implementados.
Desarrollar e implementar una estrategia de uso y apropiación de tecnologías actuales y emergentes (blockchain, inteligencia artificial, internet de las cosas, automatización robótica de procesos).
Implementar en la entidad las 3 fases del modelo de adopción de IPv6: planeación, implementación y pruebas de funcionalidad.
Definir, aprobar, implementar y actualizar los procedimientos de seguridad y privacidad de la información, mediante un proceso de mejora continua.
Disponer de un servidor con las características establecidas en el anexo 2 del Decreto 620

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

de 2020 para vincularse al servicio de interoperabilidad, como lo establece la Guía para la Vinculación y Uso de los Servicios Ciudadanos Digitales del Ministerio de las TIC.
Utilizar datos externos a la entidad para apoyar la toma de decisiones relacionadas con su misionalidad.
Implementar procesos de analítica de datos que permitan soportar las decisiones del nivel táctico de la entidad. En este nivel se elaboran los planes, programas, iniciativas, proyectos, procesos y procedimientos que permitan alcanzar los objetivos definidos en el nivel estratégico. También se efectúa el control de la gestión realizada por el nivel operacional.
Implementar procesos de analítica de datos que permitan soportar las decisiones del nivel operacional de la entidad. En este nivel se implementan y llevan a cabo los lineamientos, actividades y tareas definidas en los planes, iniciativas, proyectos y procedimientos acordados en el nivel táctico.
Implementar la técnica de 'análisis prescriptivo' para el análisis de datos de la entidad. El uso de esta técnica permite establecer cuál es la mejor acción para tomar bajo un contexto específico.
Elaborar un inventario y diccionario de datos de la entidad.
Evaluar las capacidades y competencias de la entidad con relación al uso y explotación de datos.
Evaluar la implementación de lineamientos en materia de datos en la entidad.
Generar y actualizar los conjuntos de datos abiertos propios de la entidad.
Utilizar tecnologías emergentes de la cuarta revolución industrial para desarrollar procesos de innovación pública digital en la entidad, tales como tecnologías de desintermediación, DLT (Distributed Ledger Technology) como cadena de bloques (Blockchain) o contratos inteligentes; análisis masivo de datos (Big data); Inteligencia Artificial (AI); Internet de las Cosas (IoT); robótica y similares; realidad aumentada o realidad virtual; automatización robótica de procesos; entre otras.
Hacer uso de estrategias como cursos en línea dispuestos en su sede electrónica, talleres o capacitaciones virtuales o presenciales, entre otras, para capacitar a los grupos de valor e interés en el uso de los medios digitales dispuestos para acceder a la oferta institucional y para interactuar con la entidad.
Formular, aprobar en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional, incluir en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información de la entidad y ejecutar proyectos de transformación digital.
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Decreto 1263 de 2022 para ejecutar los proyectos de transformación digital (uso de infraestructura de datos; interoperabilidad entre los sistemas de información públicos; uso de mecanismos de digitalización y automatización de trámites, servicios y procesos y su vinculación al Portal Único del Estado Colombiano; uso de mecanismos de agregación de demanda; implementación, migración y uso de servicios de nube; uso de mecanismos exploratorios de regulación como Sandbox; uso de tecnologías emergentes tales como inteligencia artificial, internet de las cosas, big data o blockchain).

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Implementar estrategias de mejora de los trámites totalmente en línea de la entidad para aumentar el número de usuarios satisfechos con su uso.
Implementar estrategias de mejora de los trámites parcialmente en línea de la entidad para aumentar el número de usuarios satisfechos con su uso.
Automatizar los trámites inscritos por la entidad en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT).

Política de Seguridad Digital

Garantizar el soporte, actualización y mantenimiento a la infraestructura tecnológica de la entidad (plataformas, licencias, servicios y sistemas de información).
Separar los equipos que realizan las copias de respaldo de la información, del software e imágenes de los sistemas de la red de servidores y computadores.
Almacenar las copias de respaldo en un lugar aislado, en un segmento diferente de red a la de servidores y equipos.
Realizar pruebas de respaldo a las copias de seguridad de la información de los aplicativos misionales, estratégicos, soporte y de mejora, de manera programada para asegurar la disponibilidad de los datos en caso de Ransomware, de manera coordinada con los responsables del proceso.
Contar con un Plan de Continuidad del Negocio -BCP-, que esté definido, documentado e implementado para los procesos críticos y misionales de la entidad.
Contar con antivirus licenciado y con soporte para todos los servidores físicos, virtuales y computadores.
Tener licenciado los sistemas operativos de todos los equipos de escritorio, portátiles y servidores.
Contar con métodos de autenticación como DMARC, DKIM y SPF, para seguridad del correo electrónico y garantizar la autenticidad de los remitentes.

Política de Defensa Jurídica

Esta Política, aunque no recibió una calificación que se refleje en los resultados del FURAG, si recibe recomendaciones, toda vez que, fue evaluada, y busca la mejora continua al interior de la institución.

Tener en cuenta las mayores causas de litigio por número de procesos o por el valor de las pretensiones, al momento de formular la Política de Prevención del Daño Antijurídico - PPDA.
Hacer seguimiento efectivo a la Política de Prevención del Daño Antijurídico - PPDA vigente a través del Comité de Conciliación o el representante legal, según corresponda (artículo 120 de la Ley 2220 de 2022). Es necesario tener evidencia que el Comité de Conciliación o el representante legal, hacen

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

un seguimiento al plan de acción propuesto en la PPDA vigente, en cuanto a las medidas, mecanismos y tiempo para ejecutar cada acción, así como su responsable.
Asegurarse que la entidad tenga un sistema de información o base de datos de los trámites prejudiciales y/o extrajudiciales y garantizar que la información esté actualizada de manera completa y permanente. Recuerde que puede comunicarse con la Agencia para consultar como acceder al sistema eKOGUI.
Conformar el Comité de Conciliación si tiene la obligación legal y darse su propio reglamento, el cual debe ser formalizado mediante un acto administrativo. Tenga en cuenta que la Agencia dispone de proyectos de resolución que puede ser adoptada por las entidades para la reglamentación del Comité de Conciliación, en cumplimiento de lo establecido en el ordinal 11 del artículo 120 de la Ley 2220 de 2022.
Consultar el módulo de metodología para formular directrices o lineamientos de conciliación, con el fin de determinar aquellos que incluyan al menos 1 de las 10 causas de mayor probabilidad de pérdida, en los últimos cuatro años. Disponible en la Caja de Herramientas de la ANDJE.
Alimentar y actualizar el módulo Gestión de Procesos Judiciales del aplicativo eKOGUI por parte de los apoderados de la entidad. (Decreto 1069 de 2015, modificado por el Decreto 104 de 2025).
Asegurar que la entidad tenga un sistema de información o base de datos de trámites de cumplimiento y/o pago de sentencias, conciliaciones o laudos. Recuerde que puede comunicarse con la Agencia para consultar como acceder a eKOGUI.
Asegurar que siempre que se trate de reparación directa, nulidad y restablecimiento del derecho o controversias contractuales y se haya realizado el pago del crédito judicial, la entidad realice los estudios de procedencia del medio de control de repetición en los términos señalados en la Ley. Para el efecto, lo invitamos a consultar los lineamientos de la Agencia sobre la materia.
Informar la totalidad de las decisiones respecto a la procedencia del medio de control de repetición al Ministerio Público. En todo caso, se recomienda incluir este tipo de informe al Ministerio Público en el procedimiento de procesos judiciales.
Determinar la procedencia o improcedencia del llamamiento en garantía con fines de repetición, siempre que se trate de reparación directa, nulidad y restablecimiento del derecho o controversial contractual. Para el efecto, lo invitamos a consultar los lineamientos de la Agencia sobre la materia.
Contar con un programa de capacitación y actualización para la totalidad de personas que intervienen en la defensa jurídica. La entidad debe incluir en su Plan de Capacitación estos programas de actualización. Lo invitamos a ser parte de la Comunidad Jurídica del Conocimiento.

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

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Garantizar que la información que publica la entidad cumpla los criterios de accesibilidad para personas con capacidad visual reducida o ciegos, según los criterios de la Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la información y las Comunicaciones.
Garantizar que la información que publica la entidad se encuentra traducida a otras lenguas, idiomas o dialectos según las necesidades de sus usuarios.
Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre el Índice de Información Clasificada y Reservada.
Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre datos abiertos, para lo cual deberán contemplar las excepciones establecidas en el título 3 de la presente ley.
Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre información contractual.
Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre ejecución de los contratos.
Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre procedimientos, lineamientos en materia de adquisiciones y compras, así como todos los datos de adjudicación y ejecución de contratos, incluidos concursos y licitaciones.
Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre ejecución presupuestal. Publicar la información de la ejecución presupuestal aprobada y ejecutada de ingresos y gastos anuales.
Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre proyectos de inversión en ejecución.
Publicar en el Menú participa de su Sede Electrónica información actualizada sobre planeación y presupuesto participativo.

Política de Servicio al Ciudadano

Tomar como insumo otros estudios nacionales (encuestas de percepción de ambiente y desempeño institucional) para la elaboración del diagnóstico base que sirve para la planeación de la estrategia anual de servicio a las ciudadanías.
Definir acciones de lenguaje claro, comprensible e incluyente, de acuerdo con la circular externa 100-010-2021 de Función Pública como parte del desarrollo anual de la estrategia de servicio a las ciudadanías.
Realizar acciones de caracterización de las ciudadanías y grupos de valor, como parte del desarrollo anual de la estrategia de a las ciudadanías, en el marco del plan institucional.
Identificar y gestionar las adecuaciones y mejoras de la infraestructura física, tecnológica, humana, financiera y administrativa requeridas para facilitar y fortalecer la interacción con la ciudadanía y los grupos de valor.
Asegurar que el "Menú Atención y Servicios a la Ciudadanía" tenga acceso al Enlace a la Carta de Trato Digno.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Asegurar que el formulario de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) dispuesto en el Menú de Atención y Servicios a la Ciudadanía valide los campos que deben diligenciarse y tenga un mecanismo que alerte al ciudadano sobre errores o falta de información en el diligenciamiento del formulario, de forma visible y accesible para todas las personas.
Asegurar que el formulario de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) dispuesto en el Menú de Atención y Servicios a la Ciudadanía incluya mecanismos de seguimiento en línea para que el ciudadano verificara el estado de respuesta.
Asegurar que el formulario de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) dispuesto en el Menú de Atención y Servicios a la Ciudadanía contemple mecanismos para informar al ciudadano el motivo y las opciones para hacer nuevamente su solicitud, en caso de que el sistema presentara errores durante el diligenciamiento del formulario.
Promover talento humano propio y suficiente o realizar convenios y alianzas con otras entidades para atender las necesidades de personas en condición de discapacidad en los canales presenciales.
Implementar un recorrido peatonal libre de obstáculos (andenes, postes, avisos, plantas, etc.) que facilite el acceso de las personas con diferentes discapacidades a la infraestructura física de la entidad.
Implementar señalización inclusiva (alto relieve, braille, pictogramas, otras lenguas, entre otros) para garantizar las condiciones de acceso a la infraestructura física de la entidad.
Implementar baños con baterías sanitarias-baños acondicionados para personas con discapacidad.

Política de Racionalización de Trámites

Registrar antes del 31 de enero de cada vigencia, en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT, la estrategia anual de racionalización de trámites de su entidad, conforme al artículo 15 de la Resolución 455 de 2021 del DAFP.
Registrar trimestralmente en el SUIT los datos de operación de cada trámite inscrito conforme al artículo 14 de la Resolución 455 de 2021.
Desarrollar mecanismos o instrumentos que permitan medir la experiencia ciudadana en el uso de trámites u otros procedimientos administrativos o consultas de acceso a información pública, y utilizar sus resultados para implementar acciones de mejora.
Gestionar la mejora continua de la política de simplificación, racionalización y estandarización de trámites, a través de la promoción de una cultura gestión de su conocimiento, preservación de la memoria y aprendizaje institucional.
Gestionar la mejora continua de la política de simplificación, racionalización y estandarización de trámites, a través de la identificación y documentación de experiencias que generan valor y sirven como referente de buena práctica.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Gestionar la mejora continua de la política de simplificación, racionalización y estandarización de trámites, a través de la difusión de los resultados de la documentación y sistematización de las buenas prácticas con sus grupos de valor y usuarios interesados.
Gestionar la mejora continua de la política de simplificación, racionalización y estandarización de trámites, a través de la identificación y documentación de lecciones aprendidas que lleven a mejorar los procesos, procedimientos y actividades de gestión.
Implementar acciones de mejora institucional como resultado de la documentación y sistematización de lecciones aprendidas.

Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública

Divulgar a los ciudadanos y grupos de interés la información de los espacios de participación ciudadana y/o rendición de cuentas a través de diferentes canales y medios, así como publica la información en la página web en la sección correspondiente en el Menú Participa.
Implementar acciones de mejora en los trámites, a través de ejercicios de participación ciudadana.
Publicar y divulgar en los espacios de rendición de cuentas, en el menú Participa y otros medios de difusión, los resultados de consulta ciudadana sobre normas, políticas, programas, proyectos o trámites de la entidad.
Publicar y divulgar en el menú Participa y otros medios de difusión, las acciones relacionadas con los ejercicios de colaboración e innovación abierta.
Publicar y divulgar información en el menú participa y otros medios de difusión, de los ejercicios de rendición de cuentas sobre la implementación del acuerdo de paz.

Dimensión 4: Dimensión de Evaluación de Resultados:

La consolidación de la Dimensión de Evaluación de Resultados con un puntaje del 95,7% marca un hito en la gestión del Hospital. Este resultado no solo refleja un cumplimiento normativo, sino la internalización de una cultura de seguimiento y mejora continua. La E.S.E. ha logrado transformar sus procesos de monitoreo en herramientas estratégicas que permiten a la Alta Dirección tomar decisiones basadas en evidencia, asegurando que cada recurso y esfuerzo institucional esté alineado con los objetivos del Plan de Gestión y las metas institucionales.

Factores de éxito en la vigencia 2025:

Madurez en el seguimiento de metas: La entidad ha refinado sus mecanismos de medición, permitiendo una trazabilidad clara entre el Plan de Acción Institucional y los resultados obtenidos en la prestación de servicios de salud.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Cultura de Auditoría Interna: Este resultado es el reflejo directo del fortalecimiento de los procesos de auditoría interna y control preventivo. La capacidad del Hospital para identificar brechas de desempeño antes de que se conviertan en hallazgos ha sido determinante.

Monitoreo del desempeño (MIPG): La articulación entre la evaluación de las políticas de gestión y los indicadores de desempeño ha permitido una visión integral, donde el seguimiento no es un ejercicio aislado, sino una actividad transversal a toda la operación.

Enfoque en la calidad: El puntaje obtenido ratifica que el Hospital no solo cumple con las metas, sino que las somete a un escrutinio riguroso, garantizando la calidad y la oportunidad en cada frente de atención y administración.

- **Resultados del FURAG**
- ❖ **FURAG 2023:** 65,9%
- ❖ **FURAG 2024:** 91,9%
- ❖ **FURAG 2025:** 95,7%

Con esta calificación, la E.S.E. se posiciona como una entidad de alto desempeño en la Dimensión de Evaluación de Resultados. El reto para los años venideros es mantener este estándar, consolidando la automatización de los reportes de desempeño (incluso ante la ausencia de software especializado en TIC) y asegurando que la evaluación de resultados siga siendo el motor de la innovación y la eficiencia en la prestación del servicio de salud para la comunidad de Yarumal.

- **Políticas Vinculantes:**

La Dimensión de Evaluación de Resultados se rige por una política principal que ha sido evaluada en los dos años mencionados:

- **Política de Seguimiento y Evaluación de Desempeño Institucional:**

La E.S.E. ha alcanzado un nivel de madurez sobresaliente en la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, con un resultado consolidado del 95,7%. Este avance no solo es cuantitativo, sino cualitativo: refleja que el Hospital ha establecido un sistema de monitoreo robusto, capaz de traducir la complejidad de la gestión hospitalaria en indicadores claros, trazables y orientados al cumplimiento de la misión institucional.

Logros estratégicos en la evaluación de desempeño:

Cierre del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar): El puntaje obtenido confirma que la entidad ha logrado cerrar el ciclo de mejora continua. Ya no existe una desconexión

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

entre la planeación (Direccionamiento Estratégico) y el resultado final; el seguimiento es hoy una herramienta de vigilancia permanente.

Transparencia basada en datos: La evaluación de desempeño se ha convertido en la base fundamental para la rendición de cuentas. La capacidad del Hospital para monitorear sus metas permite que tanto los entes de control como la ciudadanía tengan acceso a información veraz, oportuna y verificable sobre la gestión.

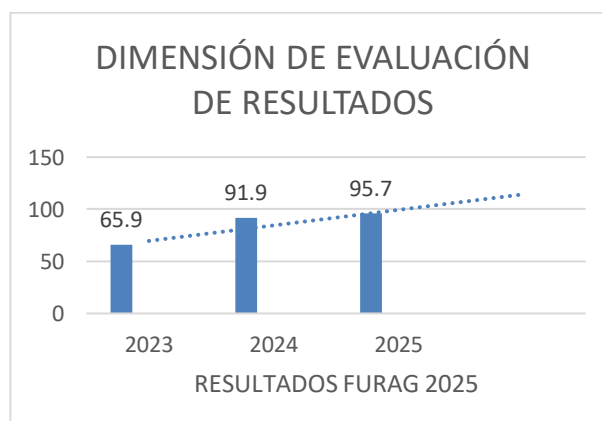
Fortalecimiento del control preventivo: Esta política ha sido el motor que permite a la Auditoría Interna detectar desviaciones con suficiente antelación. La evaluación constante ha reducido la brecha entre las metas propuestas en el Plan de Acción y los resultados ejecutados.

Optimización del recurso administrativo: A pesar de la carencia de software especializado para seguimiento, la entidad ha logrado un sistema de medición que garantiza la integridad de los resultados, demostrando que la disciplina metodológica es el factor más importante para la eficiencia.

- ❖ **Puntaje 2023:** 65,9%
- ❖ **Puntaje 2024:** 91,9%
- ❖ **Puntaje 2025:** 95,7%

La Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional es hoy el corazón administrativo del Hospital. La institución ha superado la fase de aprendizaje y se encuentra en una etapa de monitoreo de alta precisión. El reto para la próxima vigencia es mantener este estándar, integrando aún más las lecciones aprendidas de cada proceso de evaluación para que el Hospital no solo cumpla con los requisitos del DAFP, sino que convierta la medición en un modelo de gestión hospitalaria referente en la región.

- Gráficas:



	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

- Análisis

El crecimiento sostenido hacia un 95,7% en la Dimensión de Evaluación de Resultados evidencia que la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal ha consolidado una gestión de alta precisión. La evaluación de resultados ha dejado de ser un ejercicio administrativo reactivo para convertirse en el eje rector de la toma de decisiones estratégicas. Este puntaje ratifica que la institución posee una capacidad instalada capaz de autorregularse y corregir desviaciones en tiempo real, garantizando que el cumplimiento de las metas misionales sea coherente con los valores institucionales y las expectativas de la comunidad.

- Conclusiones:

Consolidación de la cultura de evaluación: La brecha de casi 30 puntos porcentuales respecto a 2023 demuestra que el sistema de seguimiento no solo es eficaz, sino que ha sido adoptado por cada nivel de la organización, convirtiendo la evaluación de resultados en una práctica institucional permanente.

Transparencia de alto nivel: Al alcanzar un puntaje cercano al techo máximo de la medición, la E.S.E. garantiza que su rendición de cuentas se basa en datos sólidos y verificables, fortaleciendo la confianza de los entes de control y de la ciudadanía.

Eficiencia sin software especializado: El éxito en esta dimensión confirma que la metodología de auditoría interna y la rigurosidad en la recolección manual de datos han sido suficientes para compensar la falta de herramientas tecnológicas automatizadas, demostrando una alta resiliencia operativa.

- Recomendaciones:

Para que el Hospital pase de ser una entidad con buena evaluación a ser un referente de Gestión basada en Datos, la Auditoría Interna recomienda:

Hacia la Automatización Predictiva: Ante la ausencia de un software especializado, se recomienda consolidar un Tablero de Control Maestro (en herramientas de oficina optimizadas) que permita integrar los indicadores de todas las áreas en una sola fuente de verdad, reduciendo el error humano en la consolidación de reportes.

Auditoría de Impacto y no solo de Cumplimiento: Dado que el nivel de cumplimiento es ya sobresaliente, el enfoque de la evaluación de resultados debe migrar hacia el análisis de impacto. No solo debemos evaluar si se cumplió la meta, sino qué valor agregado generó ese cumplimiento para la salud de la población de Yarumal

Sostenibilidad y relevo generacional en el control: Establecer manuales de seguimiento tan claros y detallados que el sistema sea independiente de los funcionarios de turno. El objetivo es que la capacidad de evaluación sea una propiedad intrínseca del proceso, y no

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

una habilidad de personas específicas.

Socialización de los resultados: Utilizar este 95,7% como insumo para jornadas de "Rendición de Cuentas de Alta Gerencia", donde se demuestre a la comunidad cómo el seguimiento constante se traduce en mejores servicios de salud, cerrando así el ciclo de la política de transparencia.

Dimensión 5: Dimensión de Información y Comunicación:

El avance hacia un 82,9% en la vigencia 2025 ratifica la consolidación de una cultura institucional que prioriza la veracidad, la oportunidad y la accesibilidad de la información. La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal ha logrado transformar sus canales de comunicación en herramientas de gestión, asegurando que la información sea un activo que facilita el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos y la transparencia de las actuaciones administrativas.

Factores clave en el crecimiento (2023-2025):

Flujos de comunicación institucional: Se ha optimizado la comunicación interna, permitiendo que las directrices de la alta gerencia y los protocolos de atención lleguen de manera oportuna a todos los niveles operativos.

Gestión de canales externos: La comunicación hacia los usuarios se ha vuelto más clara y empática, utilizando los medios digitales para informar sobre servicios, rutas de atención y derechos en salud, lo cual reduce la incertidumbre del paciente.

Calidad y oportunidad: El incremento refleja un mayor rigor en la gestión de la información que se reporta a los entes de control y a la ciudadanía, consolidando la imagen del Hospital como una entidad confiable y abierta.

Soporte a la toma de decisiones: Al mejorar la gestión de la información, la institución ahora cuenta con mejores insumos para la toma de decisiones basadas en datos reales, superando las barreras de comunicación que existían en vigencias anteriores.

- **Resultados del FURAG**
 - ❖ **FURAG 2023:** 54,3%
 - ❖ **FURAG 2024:** 78,1%
 - ❖ **FURAG 2025:** 82,9%

La E.S.E. se encuentra en un nivel de cumplimiento sólido. El desafío para las siguientes vigencias consiste en la integración total de los sistemas de información, buscando que la comunicación no sea un proceso paralelo, sino un eje integrado a cada una de las

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

actividades del hospital, garantizando que el ciudadano siempre esté plenamente informado sobre los servicios de salud que recibe.

- **Políticas Vinculantes:**

El Hospital ha iniciado una fase de recuperación en la Política de Gestión Documental, alcanzando un 73,0%. Si bien este incremento respecto a 2024 es positivo, la entidad reconoce que aún no se alcanzan los niveles de madurez proyectados. La gestión documental, siendo el sustento de la memoria institucional y la seguridad de la información asistencial, requiere de una revisión técnica profunda para garantizar que los procesos de archivo, clasificación y disposición final de documentos se ejecuten bajo los estándares exigidos por el Archivo General de la Nación y el MIPG.

Retos y acciones correctivas identificadas:

Sostenibilidad del archivo clínico: El Hospital enfrenta el desafío constante de manejar el archivo físico de historias clínicas sin contar con software especializado. La recuperación del puntaje se atribuye al esfuerzo administrativo por mantener el orden y la trazabilidad documental de forma manual.

Actualización de Tablas de Retención Documental (TRD): Se hace imperativo verificar que los instrumentos archivísticos estén plenamente alineados con la operación actual, asegurando que la gestión de documentos facilite, en lugar de obstaculizar, la atención al ciudadano.

Gestión de la información híbrida: La entidad debe avanzar en la integración de sus documentos físicos y digitales, estableciendo protocolos claros para asegurar que la información sea recuperable en tiempos mínimos, especialmente para auditorías o requerimientos judiciales.

Fortalecimiento del control documental: La auditoría interna priorizará el seguimiento a los procesos de archivo, asegurando que cada área cumpla con las normas de organización documental, reduciendo el riesgo de pérdida o deterioro de información sensible.

- **Política de Gestión Documental:**

- ❖ **Puntaje 2023:** 79,0%
- ❖ **Puntaje 2024:** 68,6%
- ❖ **Puntaje 2025:** 73,0%

La Gestión Documental es un área prioritaria para la Alta Dirección. El 73,0% obtenido es un avance, pero el objetivo institucional es superar el umbral del 80% mediante la optimización de los procedimientos de archivo y la capacitación constante del personal. La entidad se

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

compromete a que la gestión documental sea un sistema ágil que soporte la transparencia y el cumplimiento normativo.

- **Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción:**

La E.S.E. ha consolidado la transparencia como un pilar fundamental de su estrategia de información y comunicación. Con una calificación del 87,9%, la entidad ha logrado que la transparencia no sea solo un concepto ético, sino un proceso de flujo informativo eficiente. El acceso a la información pública se ha convertido en una herramienta que permite a la ciudadanía conocer de primera mano la gestión, facilitando la rendición de cuentas y fortaleciendo la legitimidad del Hospital en el territorio.

Vínculo con la gestión de la información:

Publicidad de la información: Se han fortalecido los mecanismos de publicación de información de interés público, asegurando que los datos sobre contratación, ejecución presupuestal y trámites sean accesibles a través de los canales institucionales.

Transparencia proactiva: La entidad ha migrado de una transparencia "reactiva" (entregar información cuando se pide) a una "proactiva" (publicar información de manera anticipada y organizada), lo cual reduce la carga administrativa en la atención de consultas y PQRS.

Lucha contra la corrupción basada en datos: La disponibilidad de información clara y oportuna actúa como el control preventivo más eficaz. La transparencia en los procesos de compras y servicios asistenciales permite que tanto entes de control como ciudadanos actúen como veedores activos, minimizando los riesgos de malas prácticas.

❖ **Puntaje 2023:** 46,1%

❖ **Puntaje 2024:** 82,8%

❖ **Puntaje 2025:** 87,9%

El avance sostenido al 87,9% demuestra que la transparencia es, hoy por hoy, parte del ADN institucional. El reto para la siguiente vigencia no es solo mantener el estándar, sino asegurar la interoperabilidad de la información, permitiendo que los datos de transparencia sean cada vez más comprensibles y útiles para la toma de decisiones ciudadanas.

- **Gráficas:**

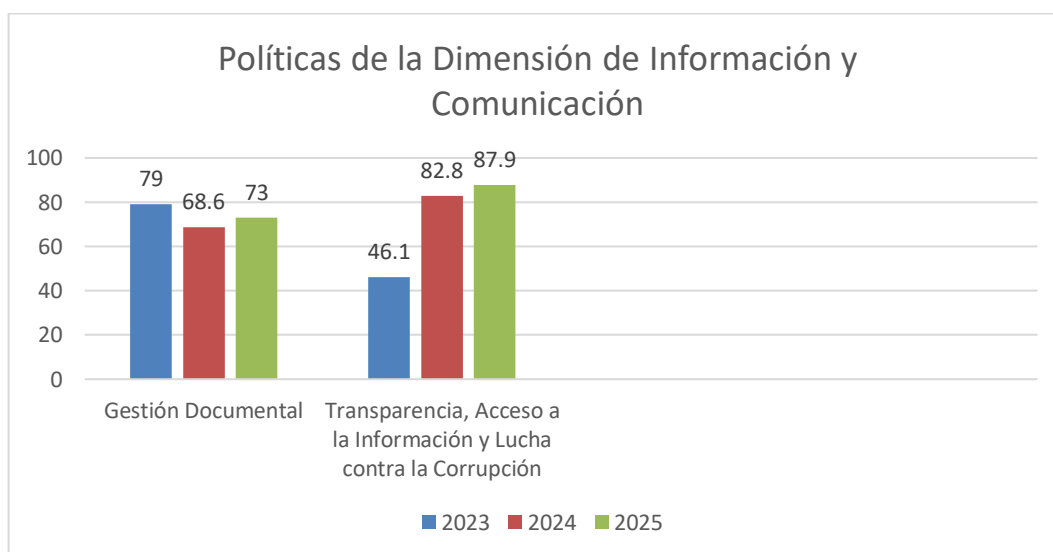
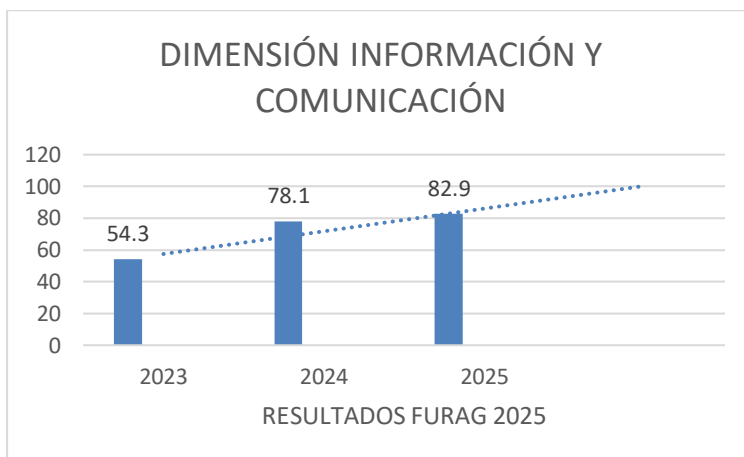


E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

INFORME

MIPG

FECHA: 06/07/2026



- Análisis

El crecimiento consolidado hacia un 82,9% en la Dimensión de Información y Comunicación demuestra que la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal ha logrado integrar sus procesos comunicativos con los objetivos estratégicos de la entidad. La institución hoy comunica con mayor claridad, oportunidad y transparencia, logrando que el flujo de información hacia el ciudadano sea un factor de confianza pública. No obstante, se mantiene como un desafío prioritario la estandarización técnica en la Gestión Documental, la cual, aunque muestra una leve recuperación (73,0%), aún no refleja el nivel de excelencia que exhiben los demás procesos hospitalarios.

- Conclusiones

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Comunicación como valor estratégico: Se ha superado la visión de la comunicación como un simple canal informativo, consolidándola como una herramienta transversal que garantiza la transparencia y facilita la participación ciudadana.

La Gestión Documental como reto técnico: La variación en los indicadores documentales subraya que, a falta de herramientas digitales especializadas, la organización física y lógica de la información debe ser objeto de una supervisión más estricta para no comprometer la memoria institucional.

Transparencia como eje de información: La alta calificación en la política de transparencia (87,9%) actúa como un factor de equilibrio que eleva el promedio de la dimensión, compensando los retos operativos del área de archivo.

- **Recomendaciones**

Como auditor interno, y buscando la excelencia operativa, las recomendaciones para la Alta Dirección son:

Política de Gestión Documental

Actualizar el Plan Institucional de Archivos - PINAR como parte del proceso de planeación de la función archivística.

De conformidad con los documentos técnicos y lineamientos producidos por el Archivo General de la Nación.

https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura_Web/5_Consulte/Recursos/Publicacionees/PINAR.pdf

Garantizar la implementación del Programa de Gestión Documental (PGD), conforme a lo establecido en el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación, como instrumento obligatorio para planificar, implementar y controlar las actividades archivísticas de la entidad, en articulación con su misión, visión y objetivos institucionales.

De conformidad con los documentos técnicos y lineamientos producidos por el Archivo General de la Nación.

https://normativa.archivogeneral.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/2024-02_29_AcuerdoAGN-FIRMADO.pdf

https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura_Web/5_Consulte/Recursos/Publicacionees/PGD.pdf

Actualizar manual de funciones para garantizar el perfil y competencias del personal conforme a la resolución 629 de 2018 de la Función Pública y la Ley 1409 de 2010 "Ley del

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

archivista".

Obtener retroalimentación sobre la efectividad de los temas impartidos en gestión documental y contas con las evidencias.

Analizar si la entidad cuenta con series y subseries documentales relativas a derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado, en el proceso de valoración de las Tablas de Retención Documental - TRD.

De conformidad con los documentos técnicos y lineamientos producidos por el Archivo General de la Nación.

https://normativa.archivogeneral.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/2024-02_29_AcuerdoAGN-FIRMADO.pdf.

https://www.archivogeneral.gov.co/caja_de_herramientas/docs/9.%20disposicion%20final/IN FOGRAFIAS/10_TRD_TVD.pdf

Para la transferencia documental secundaria, se debe elaborar la base de datos con la descripción documental basada en la ISAD-G

De conformidad con los documentos técnicos y lineamientos producidos por el Archivo General de la Nación.

https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura_Web/5_Consulte/Recursos/Publicacionees/GUIA%20DE%20LINEAMIENTOS%20TECNICOS%20PARA%20TRANSFERENCECIAS%20DOCUMENTALES%20SECUNDARIAS.pdf

Conformar los expedientes electrónicos, con base en los principios y procesos de la gestión documental, y los instrumentos archivísticos (CCD-TRD).

Elaborar el Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos como parte de la gestión de documentos electrónicos y conformación de expedientes electrónicos.

Implementar y parametrizar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) a partir del Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos.

De conformidad con los documentos técnicos y lineamientos producidos por el Archivo General de la Nación.

https://www.archivogeneral.gov.co/caja_de_herramientas/docs/2.%20planeacion/DOCUMENTOS%20TECNICOS/IMPLEMENTACION%20DEL%20SGDEA.pdf

Garantizar la implementación del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo, como parte integral del Sistema Integrado de Conservación - SIC a través de las decisiones adoptadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño o Comité de Archivo.

El proceso debe incluir mecanismos de seguimiento, control e indicadores que permitan evidenciar su ejecución y contribución a la mejora continua de la gestión documental en el

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

De conformidad con los documentos técnicos y lineamientos producidos por el Archivo General de la Nación.

https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura_Web/5_Consulte/Recursos/Publicacionees/V8_Guia_Sistema_Integrado_de_Conservacion.pdf

https://normativa.archivogeneral.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/2024-02_29_AcuerdoAGN-FIRMADO.pdf

Garantizar la implementación del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo, como parte integral del Sistema Integrado de Conservación - SIC a través del seguimiento y control de los riesgos asociados a la preservación digital a largo plazo de los documentos, identificados en el diagnóstico, y contar con las evidencias.

De conformidad con los documentos técnicos y lineamientos producidos por el Archivo General de la Nación.

https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura_Web/5_Consulte/Recursos/Publicacionees/V8_Guia_Sistema_Integrado_de_Conservacion.pdf

https://normativa.archivogeneral.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/2024-02_29_AcuerdoAGN-FIRMADO.pdf

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

Garantizar que la información que publica la entidad cumpla los criterios de accesibilidad para personas con capacidad visual reducida o ciegos, según los criterios de la Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la información y las Comunicaciones.

Garantizar que la información que publica la entidad se encuentra traducida a otras lenguas, idiomas o dialectos según las necesidades de sus usuarios.

Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre el Índice de Información Clasificada y Reservada.

Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre datos abiertos, para lo cual deberán contemplar las excepciones establecidas en el título 3 de la presente ley.

Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre información contractual.

Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre ejecución de los contratos.

Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre procedimientos, lineamientos en materia de adquisiciones y

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

compras, así como todos los datos de adjudicación y ejecución de contratos, incluidos concursos y licitaciones.

Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre ejecución presupuestal. Publicar la información de la ejecución presupuestal aprobada y ejecutada de ingresos y gastos anuales.

Publicar en la sección transparencia y acceso a la información pública del portal web información actualizada sobre proyectos de inversión en ejecución.

Publicar en el Menú participa de su Sede Electrónica información actualizada sobre planeación y presupuesto participativo.

Dimensión 6: Gestión del Conocimiento y la Innovación:

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal ha logrado una consolidación admirable en la Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación, alcanzando una calificación del 82,2%. Este avance refleja una institución que ha interiorizado el aprendizaje como motor de cambio. El Hospital ha pasado de una gestión basada en la improvisación o en la experiencia aislada, a una gestión sistematizada, donde el conocimiento se captura, se comparte y se utiliza para innovar en los procesos asistenciales y administrativos.

Logros estratégicos en la vigencia 2025:

Capitalización de lecciones aprendidas: Se han formalizado espacios de reflexión técnica tras la ejecución de los planes de auditoría, convirtiendo los errores detectados en oportunidades de mejora que se integran en los manuales de procesos.

Cultura de innovación interna: Ante la ausencia de software especializado, el Hospital ha demostrado una gran capacidad de innovación frugal, diseñando formatos y flujogramas propios que optimizan la atención al usuario y la gestión interna, demostrando que la innovación no siempre requiere gran inversión económica, sino voluntad de mejora.

Transferencia de conocimiento: Se ha fortalecido la capacitación continua del personal, asegurando que al conocimiento práctico, técnico y estratégico no dependa de individuos, sino que esté documentado y sea accesible para todos los colaboradores de la entidad.

Adaptabilidad institucional: Este puntaje demuestra que el Hospital es hoy más resiliente ante los cambios normativos y los desafíos de la salud pública, al contar con un equipo más capacitado para aprender rápido y adaptarse a nuevos requerimientos técnicos.

- **Resultados del FURAG**
- ❖ **FURAG 2023:** 28,3%
- ❖ **FURAG 2024:** 60,1%
- ❖ **FURAG 2025:** 82,2%

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

El Hospital ha demostrado que es posible innovar incluso con recursos limitados, siempre que exista una metodología clara. El desafío para la siguiente vigencia es institucionalizar la innovación como parte del desempeño laboral, motivando a los funcionarios a proponer mejoras disruptivas que sigan elevando la calidad de la atención al ciudadano y la eficiencia administrativa.

- **Políticas Vinculantes:**

La E.S.E. ha logrado consolidar una Cultura de Gestión del Conocimiento robusta, alcanzando un puntaje del 82,2%. Este avance refleja la madurez de la entidad al reconocer que el conocimiento humano, la experiencia, el saber técnico y las habilidades clínicas, es el activo más importante para garantizar la seguridad del paciente y la eficiencia administrativa. La política ha pasado de ser un requisito normativo a convertirse en el eje que conecta la práctica diaria con la mejora continua.

Acciones de valor y lecciones aprendidas:

Sistematización del "Saber Hacer": La entidad ha logrado documentar procesos críticos mediante la creación de manuales y guías, lo que permite que el *know-how* institucional sea transferible y no dependa exclusivamente de la memoria o permanencia de los funcionarios.

Innovación basada en restricciones: Ante la ausencia de plataformas tecnológicas automatizadas, el Hospital ha innovado en la creación de herramientas propias de seguimiento (formatos, tablas de control y metodologías de auditoría interna), demostrando que la innovación nace de la capacidad de adaptarse a las limitaciones operativas.

Gestión de la experiencia: La formalización de espacios de retroalimentación tras las auditorías de procesos misionales ha permitido que el Hospital identifique errores comunes y los convierta en mejoras estructurales, evitando la repetición de hallazgos.

Cultura de aprendizaje colaborativo: La mejora en el indicador evidencia un cambio en el clima organizacional, donde el intercambio de conocimientos entre las diferentes dependencias (médica, administrativa, financiera) ha facilitado una atención más integral al ciudadano.

- **Política de Gestión del Conocimiento:**

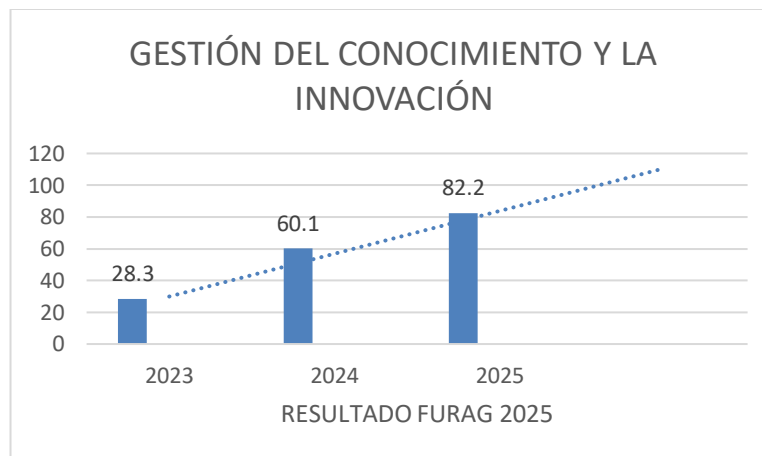
- ❖ **Puntaje 2023:** 28,3%
- ❖ **Puntaje 2024:** 60,1%
- ❖ **Puntaje 2025:** 82,2%

La Gestión del Conocimiento al 82,2% sitúa al Hospital en un estándar superior de desempeño. El gran éxito de esta vigencia radica en haber institucionalizado el aprendizaje. El desafío para la próxima etapa es integrar el uso de herramientas digitales (cuando estas

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

se implementen) para que el conocimiento no solo esté documentado, sino que sea de acceso inmediato y automático para todo el personal, potenciando aún más la capacidad innovadora de la entidad.

- **Gráficas:**



- **Análisis**

El incremento sostenido de la calificación hacia un 82,2% refleja una transformación organizacional profunda. La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal ha dejado de ver la Gestión del Conocimiento como una tarea administrativa externa y la ha convertido en un activo estratégico propio. La madurez alcanzada demuestra que el Hospital ha logrado capturar el conocimiento práctico, técnico y estratégico de sus equipos y transformarlo en protocolos, procesos y metodologías que garantizan la continuidad y calidad, independientemente de los cambios de personal.

- **Conclusiones**

Institucionalización del aprendizaje: Se ha logrado consolidar una cultura donde las lecciones aprendidas de cada proceso de auditoría y atención son integradas formalmente en la operación, reduciendo la curva de aprendizaje y mitigando el riesgo de error recurrente.

Innovación frugal de alto impacto: La entidad ha probado que la innovación no depende exclusivamente de inversiones tecnológicas, sino de la capacidad humana para diseñar soluciones creativas y prácticas (metodologías de seguimiento propias) ante las limitaciones técnicas actuales.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Resiliencia organizacional: Este puntaje valida la capacidad del hospital para aprender de sus errores, adaptarse a los desafíos del sector salud y responder de manera ágil a las exigencias normativas del MIPG, asegurando su relevancia y efectividad a largo plazo.

- Recomendaciones

Para que el Hospital pase de tener una gestión del conocimiento a ser una organización que aprende, se recomienda:

Política Gestión del Conocimiento

Tener en cuenta los resultados del autodiagnóstico de la política GESCO+I del índice de desempeño y los resultados del FURAG y los indicadores para conocer el estado actual de la política
Desarrollar las actividades propuestas en la planeación estratégica para la vigencia orientadas a fortalecer la implementación de la política de GESCO+I
Realizar seguimiento y evaluación a los resultados obtenidos a través de la ejecución en la planeación estratégica definida para la vigencia
Conformar un equipo que dinamice el desarrollo de las actividades planeadas para la implementación de la política GESCO+I
Utilizar los formatos y herramientas dispuestos o instrumentos creados por la entidad para la implementación de la ruta de la política GESCO+I
Propiciar espacios de ideación, cocreación, prototipado para el fortalecimiento de la cultura organizacional de la entidad
Integrar elementos de investigación en la planeación estratégica de la entidad por ejemplo planteamiento del problema, estado del arte
Participar de espacios de co-creación (ej.: laboratorios de innovación) para aplicación de herramientas de innovación en la solución de retos públicos.
Actualizar las Tablas de Retención Documental - TRD de acuerdo con el quehacer de la entidad para mitigar el riesgo de fuga de conocimiento
Organizar los repositorios de las buenas prácticas, lecciones aprendidas y experiencias significativas en las herramientas dispuestas para su registro.
Socializar las buenas prácticas, lecciones aprendidas y experiencias significativas en las herramientas dispuestas para su registro.
Identificar la normatividad respectiva vigente en la implementación de procesos de innovación.
Implementar mecanismos de participación activa de las personas usuarias / beneficiarias en la fase de innovación relacionada con la creación conjunta de soluciones.
Implementar mecanismos de participación activa de las personas usuarias / beneficiarias en la fase de innovación relacionada con la validación de prototipos de solución.

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Dimensión 7: Control Interno:

El Hospital ha consolidado una gestión de Control Interno de alto nivel, alcanzando un 93,1% en la vigencia 2025. Este resultado es testimonio de un compromiso institucional inquebrantable con la legalidad, la eficiencia y la ética pública. La entidad ha superado la etapa de cumplimiento normativo básico para situarse en una etapa de Control Interno preventivo y estratégico, donde la autoevaluación constante es la norma que rige la operación.

Factores de éxito en la vigencia 2025:

Madurez del Modelo de Control: La articulación entre el MECI (Modelo Estándar de Control Interno) y el MIPG ha permitido que el control interno no sea visto como una carga, sino como una herramienta que garantiza la seguridad de las operaciones asistenciales y administrativas.

Enfoque preventivo: El incremento en la calificación es el resultado directo de la labor de auditoría interna, que ha priorizado la detección temprana de brechas y la implementación de planes de mejoramiento antes de que los riesgos se materialicen.

Cultura de Autocontrol: El personal del Hospital ha internalizado la responsabilidad de monitorear sus propios procesos. El "autocontrol" ha dejado de ser un concepto teórico para ser una práctica cotidiana, lo que reduce la carga del control de supervisión y aumenta la eficiencia.

Resiliencia ante la auditoría externa: La solidez del control interno actual ha permitido a la E.S.E. responder con solvencia a los requerimientos de entes como la Contraloría General de Antioquia, consolidando una imagen de transparencia absoluta.

- Resultados del FURAG

- ❖ **FURAG 2023:** 60,8%
- ❖ **FURAG 2024:** 84,8%
- ❖ **FURAG 2025:** 93,1%

La Dimensión de Control Interno se posiciona como el baluarte de la gestión hospitalaria. La E.S.E. ha logrado que el control sea un facilitador del cumplimiento de la misión y no un obstáculo. El desafío para el próximo año es mantener este estándar, perfeccionando aún más los mecanismos de monitoreo de riesgos y asegurando que el control interno siga evolucionando al mismo ritmo que las necesidades de salud de la comunidad de Yarumal.

- Políticas Vinculantes:

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

La Dimensión se rige por una política principal que ha sido evaluada en los años mencionados

- **Política de Control Interno:**

La E.S.E. ha alcanzado una madurez excepcional en la Política de Control Interno, consolidando un puntaje del 93,1%. Este resultado es el indicador máximo de la robustez del Sistema de Control Interno (SCI), el cual ha logrado trascender la verificación de documentos para convertirse en un mecanismo dinámico de gestión del riesgo y aseguramiento de la legalidad. La entidad ha demostrado que es posible integrar el autocontrol en la cultura organizacional, logrando que cada colaborador, desde el nivel asistencial hasta el administrativo, sea corresponsable de la integridad de los procesos.

Logros estratégicos en la vigencia 2025:

Consolidación del Sistema de Autocontrol: Se ha superado la cultura de "vigilancia externa" para pasar a una cultura de "autocuidado institucional", donde la evaluación preventiva permite ajustar procesos antes de la ocurrencia de fallas.

Gestión integral del riesgo: La articulación de esta política con el seguimiento de los mapas de riesgos ha sido determinante. El control interno hoy no solo mide el pasado, sino que anticipa amenazas a la estabilidad financiera y operativa del hospital.

Seguridad y transparencia: Esta política ha sido el pilar para garantizar que el flujo de información en toda la E.S.E. sea confiable, reduciendo significativamente los riesgos de irregularidades y fortaleciendo la confianza de los entes externos.

Efectividad en el Plan de Auditoría: La calificación obtenida valida que los planes de auditoría ejecutados han sido pertinentes y han generado valor agregado real, no limitándose a señalar debilidades, sino acompañando a las áreas en el fortalecimiento de sus actividades.

- ❖ **Puntaje 2023:** 60,8%
- ❖ **Puntaje 2024:** 84,8%
- ❖ **Puntaje 2025:** 93,1%

El puntaje obtenido en 2025 ratifica que la Política de Control Interno es hoy la garantía de sostenibilidad del Hospital. El reto para la próxima vigencia es mantener este nivel de excelencia mediante la optimización de los mecanismos de monitoreo, asegurando que el control interno siga siendo un aliado estratégico que promueva la eficiencia, la ética y el cumplimiento absoluto de la misión hospitalaria.

- **Gráficas:**

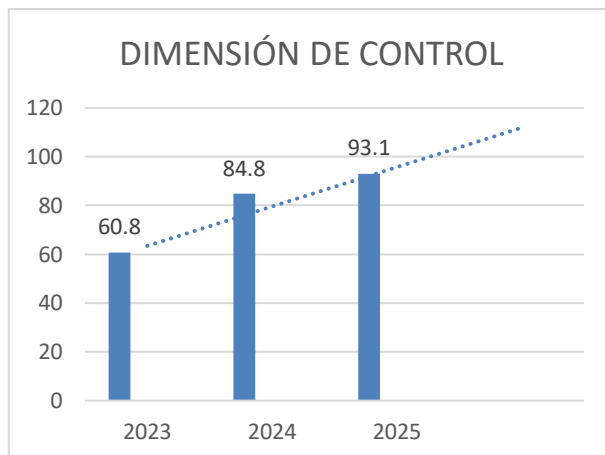


E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS
NIT 890.981.726-6

INFORME

MIPG

FECHA: 06/07/2026



- Análisis

El ascenso a una calificación del 93,1% en Control Interno marca la culminación de un proceso de fortalecimiento institucional que inició en 2023. La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal ha logrado consolidar un sistema que no solo cumple con las normas, sino que protege eficazmente la integridad de los recursos públicos y la seguridad de los servicios de salud. La gestión actual se caracteriza por un autocontrol preventivo, donde la identificación y mitigación de riesgos es una práctica inherente a cada proceso, consolidando así una administración transparente y de cara a la comunidad.

- Conclusiones

Madurez del Autocontrol: La institución ha migrado de un control reactivo (que actúa ante la falla) a un control preventivo (que anticipa la falla), logrando que la vigilancia sea una actividad transversal a toda la estructura hospitalaria.

Blindaje Institucional: El puntaje alcanzado otorga a la institución un alto grado de seguridad jurídica y técnica ante los entes de control, garantizando que cada actuación esté debidamente soportada y alineada con la misionalidad de la E.S.E.

Eficiencia en el uso de recursos: La robustez del control interno ha permitido optimizar el gasto y la ejecución de metas, asegurando que el esfuerzo institucional esté realmente dirigido a mejorar la calidad de vida y la salud de los usuarios en Yarumal.

- Recomendaciones

Para que el Hospital pase de un sistema sólido a uno de clase en excelencia, la Auditoría Interna recomienda:

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Tipificar los conflictos de intereses identificados por la entidad, bajo el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico).
Verificar en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el protocolo o procedimiento interno para el manejo y declaración de conflictos de interés de la entidad y su efectividad, para cada caso tratado.
Verificar en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el protocolo o procedimiento interno para el manejo y declaración de conflictos de interés de la entidad y su efectividad, para cada caso tratado y específicamente para la gestión de recusaciones.
Verificar en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), la inclusión, ejecución e impacto de las de temáticas relacionadas con la gestión preventiva de conflictos de interés de la entidad, en desarrollo de los procesos de capacitación definidos por el área de talento humano o quien haga sus veces.
Verificar en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), el cumplimiento sobre la información que debe ser reportada en el Aplicativo por la Integridad Pública en aplicación de la Ley 2013 de 2019.
Verificar en el marco del comité institucional de coordinación de control interno (u otras instancias internas de este mismo nivel jerárquico), el cumplimiento sobre la información que debe ser reportada en el Aplicativo por la Integridad Pública en aplicación del Decreto 830 de 2021, sobre Personas Expuestas Políticamente – PEP.
En desarrollo del rol de evaluación y seguimiento que corresponde al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, verificó la implementación de un protocolo o procedimiento interno para la identificación y declaración de conflictos de interés en la entidad.
En desarrollo del rol de evaluación y seguimiento que corresponde al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, verificó el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el protocolo o procedimiento interno para el manejo y declaración de conflictos de interés de la entidad y su efectividad, para cada caso tratado.
Valorar los riesgos identificados a los procesos, analizando de manera completa su efecto o impacto (aplicando la tabla de impactos establecida en la Guía de Administración del Riesgo emitida por Función Pública).
En desarrollo del rol de evaluación y seguimiento que corresponde al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, evaluar de forma integral la gestión del riesgo y determinar las evidencias que lo soportan
En desarrollo del rol de evaluación y seguimiento que corresponde al Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, determinar la idoneidad en el diseño de los controles
En desarrollo del rol de evaluación y seguimiento que corresponde al Jefe de Control

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

Interno o quien haga sus veces, evaluar la implementación de los controles por parte de los responsables, atendiendo su diseño (atributos)
Establecer y aplicar una metodología o procedimiento que permita contar con lineamientos para el desarrollo del proceso de auditoría y/o realización de seguimientos a la gestión institucional.
El jefe de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la normatividad que regula sus funciones y roles, para la elaboración del plan anual de auditorías o seguimientos, debe contemplar el análisis del universo de auditoría
El jefe de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la normatividad que regula sus funciones y roles, para el análisis de las unidades auditables, cuantificar los resultados de indicadores de gestión asociados a cada unidad identificada
El jefe de control interno o quien haga sus veces, en cumplimiento de la normatividad que regula sus funciones y roles, para las auditorías programadas, establecer acciones que permitan mejorar el porcentaje de cumplimiento en su ejecución
Incorporar dentro del universo de auditoría el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) a fin de determinar su nivel de criticidad y ciclo de rotación.
Cuantificar el número de riesgos de corrupción materializados en la entidad de acuerdo con los resultados del seguimiento a la gestión del riesgo para la vigencia evaluada, por parte de las oficinas de control interno. Analizarlos y tomar las medidas necesarias para que esos riesgos no se vuelvan a materializar.

- CONCLUSIÓN GENERAL

Balance de la gestión: La evaluación del FURAG para la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal en la vigencia 2025 confirma una evolución institucional extraordinaria. Con una trayectoria ascendente que partió del 68% en 2023, alcanzó el 79,4% en 2024 y se consolida hoy con resultados destacados en todas sus dimensiones, el Hospital ha logrado transformar su cultura organizacional hacia la excelencia, la eficiencia y la transparencia.

Análisis del progreso: El éxito obtenido en esta vigencia no es casual; es el resultado de un compromiso unificado de la Alta Dirección y todo el equipo de trabajo por alinear la operación hospitalaria con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Hemos pasado de un enfoque de cumplimiento normativo a un enfoque de gestión por resultados y valor público. Dimensiones críticas como el Control Interno (93,1%) y la Evaluación de Resultados (95,7%) dan fe de una entidad que sabe planear, medir, controlar y, sobre todo, aprender de sus procesos.

Áreas de gestión y retos: Si bien el desempeño es sobresaliente, el análisis de esta vigencia permite identificar un patrón de estabilización en la excelencia. El reto que enfrentamos ahora no es solo mantener estos puntajes, sino asegurar la sostenibilidad del modelo. Especial atención requiere la Política de Gestión Documental, la cual, tras una fase

	E.S.E. HOSPITAL YARUMAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890.981.726-6		
	INFORME	MIPG	FECHA: 06/07/2026

de recuperación, debe entrar en una etapa de estandarización definitiva, integrando la tecnología disponible para proteger la memoria histórica y asistencial del Hospital.

Resumen estratégico: La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal no es hoy la misma institución de hace tres años. Se ha consolidado como un referente de gestión en la subregión, demostrando que, incluso frente a restricciones técnicas, la rigurosidad metodológica, la ética pública y el enfoque preventivo son suficientes para garantizar un servicio de salud de alta calidad. El compromiso para 2026 es claro: la innovación como hábito y el control como aliado estratégico para continuar siendo el baluarte de salud que la comunidad de Yarumal merece.

RESPONSABLE	FIRMA
DIEGO FERNANDO HERNÁNDEZ Asesor de MIPG	