



Hospital departamental
María Inmaculada E.S.E.



Hospital Departamental
MARÍA INMACULADA

Hospital Departamental
María Inmaculada

PLAN OPERATIVO ANUAL 2025

¡Luchando por tu **Salud!**

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

Contenido

PRESENTACIÓN	3
1. COMPONENTE ESTRATÉGICO	5
1.1. MISIÓN	5
1.2. VISIÓN	5
2. VALORES	6
3. PRINCIPIOS	7
4. POLÍTICAS INSTITUCIONALES	8
4.1. POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	8
5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	9
6. POA 2025	10
6.1. EJECUCIÓN VIGENCIA 2025	10
7. POA CONSOLIDADO A DICIEMBRE 2025	99

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

PRESENTACIÓN

En el marco de la planeación estratégica institucional, el Plan Operativo Anual (POA) 2025 constituye la hoja de ruta que traduce, para la vigencia corriente, los diecisiete objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo 2025-2028 del Hospital Departamental María Inmaculada ESE (HDMI) —estructurados en las cinco perspectivas del Cuadro de Mando Integral: aprendizaje y desarrollo, responsabilidad social y corporativa, procesos internos, clientes y financiera—. De este modo, el POA 2025 articula las metas plurianuales con el presupuesto del año, priorizando programas y proyectos que facilitan el cumplimiento de la misión institucional de ofrecer servicios de salud seguros, humanizados y financieramente sostenibles.

Asimismo, el documento se alinea con las disposiciones de la Constitución Política (arts. 339-344), la Ley 152 de 1994 y la Ley 2294 de 2023 —Plan Nacional de Desarrollo Colombia, Potencia Mundial de la Vida—, así como con el Plan Departamental Obras y No Promesas 2025-2028 y el Plan de Desarrollo Municipal Florencia: Hagamos Grande a Florencia. Este anclaje normativo garantiza la coherencia entre los compromisos nacionales, regionales y locales en materia de salud pública, equidad y sostenibilidad.

En consonancia, el POA incorpora los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Ambiental, así como las políticas de humanización, participación social y control del gasto. Dicho enfoque holístico refuerza la meta institucional de avanzar hacia la acreditación en salud y la transición gradual a un hospital de alta complejidad, tal como lo prevé el Plan de Desarrollo 2025-2028.

Para la vigencia 2025 se destacan, entre otras, las siguientes prioridades operativas:

- Fortalecimiento de la infraestructura y los servicios críticos —urgencias, cuidados intensivos y hemodinamia— mediante proyectos de inversión incluidos en el portafolio 2025-2028.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

- Digitalización de procesos asistenciales y administrativos, con la actualización del software integral de historia clínica y gestión financiera.
- Gestión del talento humano orientada a la formalización laboral y al desarrollo de competencias para la atención humanizada.
- Estrategias de sostenibilidad financiera centradas en la optimización de costos, la diversificación de fuentes de ingreso y la negociación con las EAPB.

El documento se estructura en siete apartados: (1) Presentación; (2) Componente estratégico; (3) Valores; (4) Principios; (5) Políticas institucionales; (6) Objetivos estratégicos; y (7) Matriz del POA 2025, donde se detalla el seguimiento, indicadores, metas, responsables, cronogramas y fuentes de financiación. Al cierre del ejercicio, la Oficina de Planeación consolidará el Informe de Seguimiento y Evaluación, con base en el tablero de control institucional, para retroalimentar la toma de decisiones y asegurar la mejora continua.

En síntesis, el POA 2025 plasma el compromiso de la alta dirección y de cada proceso misional y de apoyo con la excelencia clínica, la eficiencia administrativa y la responsabilidad social, avanzando de manera decidida hacia la visión 2030 de convertirse en una Empresa Social del Estado de alta complejidad, líder regional en atención segura y humanizada.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

1. COMPONENTE ESTRATÉGICO

1.1. MISIÓN

Somos un Hospital Departamental, que presta servicios de salud seguros y humanizados, con estabilidad financiera, responsabilidad social; centrados en el usuario y su familia, contribuyendo a su salud y bienestar.

1.2. VISIÓN

En el año 2030, Seremos una Empresa Social del Estado, de alta complejidad, líder en atención segura y humanizada; orientado a la responsabilidad social, basados en el desarrollo sostenible, ambiental y financiero.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

2. VALORES

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

3. PRINCIPIOS

El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, como empresa social del estado se rige por la Constitución Política y las leyes de Colombia y la normatividad interna, y orienta su actividad al cumplimiento de la misión y objetivos del hospital, así como a la concreción de su plan de desarrollo. Para estos propósitos tiene en cuenta los siguientes principios:

- **Vocación de servicios:** Tenemos la mejor disposición para servir, brindando una atención generosa, amable y efectiva, con el interés legítimo de dar soluciones reales a los usuarios y sus familias.
- **Proteger los bienes institucionales:** En ejercicio de la ética de lo público y en el entendido que los bienes públicos son sagrados, todos los funcionarios sin excepción velarán por la protección de los bienes del HDMI.
- **Uso responsable de la comunicación:** se hará uso responsable de la información institucional, aplicando la reglamentación y utilizando los canales y medios establecidos por el hospital para tal fin.
- **Humanización:** Trabajamos por un trato humano y valoramos la participación de la familia en el proceso de salud y enfermedad de nuestro paciente.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

4. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Dentro de las más importantes tenemos la política del SIGC la cual integra los objetivos del sistema de gestión de la calidad, gestión ambiental, salud y seguridad en el trabajo y los programas de administración del riesgo y seguridad del paciente, establecida así:

4.1. POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E se compromete a mejorar continuamente los procesos del sistema integrado de gestión, cumplir los requisitos y promover una atención en salud segura y humanizada, a través de la identificación de peligros y riesgos, valoración y determinación de acciones para controlar los que impacten en la satisfacción de las partes interesadas.

Así mismo complementan el direccionamiento estratégico de la entidad, las siguientes políticas:

- Política pública de participación social en salud.
- Seguridad de la información, lineamientos de uso y manejo.
- Tratamiento protección de datos de los titulares HDMI.
- Política de la Humanización.
- Plan estratégico de seguridad vial.
- Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI.
- Sistema de gestión documental.
- Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Políticas contables.
- Política de comunicaciones.
- Política de control y austeridad en el gasto.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

6. POA 2025

6.1. EJECUCIÓN VIGENCIA 2025

Perspectiva Financiera

Políticas

- Política de Control y Austeridad en el Gasto.
- Políticas Contables.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO			1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Optimizar la gestión de costos e ingresos	Maximizar la productividad de la capacidad instalada, para fortalecer la gestión contractual y financiera en la institución.	1. Informe sobre servicios hospitalarios que identifique y cuantifique estancias no pertinentes, acompañado de estrategias correctivas. 2. Evaluación de cancelaciones quirúrgicas y tiempos muertos en salas de cirugía, con diagnóstico de causas y plan de optimización. 3. Reporte estadístico y de producción por unidad funcional, con datos estructurados para la toma de decisiones.	Porcentaje ocupacional urgencias en	N/A	90	Profesional Universitaria de Gestión de Urgencias y Obstetricia	167,95	217,97	217,65	204,72	202,07	0%	Durante el mes de OCTUBRE el porcentaje de ocupación en urgencias fue del 220% con respecto al mes anterior presento una disminución del 12%, se continua trabajando con la estrategia de altas tempranas de pacientes para PHD, mejorando el giro cama, pero no es suficiente debido a la alta demanda de pacientes y obedece a que el hospital en su capacidad instalada ha superado la disponibilidad de camas en los diferentes servicios de hospitalización y los pacientes se quedan en la infraestructura de urgencias pero ya tienen orden de hospitalizar. A esto se suma que el servicio de UCI ADULTOS SE DESHABILITO para la realización de mantenimiento de la red de oxígeno y aire medicinal, generando mayor sobreocupación en el servicios de urgencias, por lo anterior difícilmente se logra llegar a la meta nominal establecida del 90% La alta afluencia de pacientes al servicio se debe además a que somos el hospital de referencia del departamento y llegan pacientes remitidos de todos los municipios donde por diferentes motivos el primer nivel de complejidad se queda corto en la resolutiveidad. Durante el mes de NOVIEMBRE el porcentaje de ocupación en urgencias fue del 214% con respecto al mes anterior presento una disminución del 6%, se continua trabajando con la estrategia de altas tempranas de pacientes para PHD, mejorando el giro cama, pero no es suficiente debido a la alta demanda de pacientes y obedece a que el hospital en su capacidad instalada ha superado la disponibilidad de camas en los diferentes servicios de hospitalización y los pacientes se quedan en la infraestructura de urgencias pero ya tienen orden de hospitalizar. A esto se suma que el servicio de UCI ADULTOS SE DESHABILITO para la realización de mantenimiento de la red de oxígeno y aire medicinal, generando mayor sobreocupación en el servicios de urgencias, por lo anterior difícilmente se logra llegar a la meta nominal establecida del 90% La alta afluencia de pacientes al servicio se debe además a que somos el hospital de referencia del departamento y llegan pacientes remitidos de todos los municipios donde por diferentes motivos el primer nivel de complejidad se queda corto en la resolutiveidad. Durante el mes de DICIEMBRE el porcentaje de ocupación en urgencias fue del 178 % con respecto al mes anterior presento una disminución del 36%, se continua trabajando con la estrategia de altas tempranas de pacientes para PHD, mejorando el giro cama, pero no es suficiente debido a la alta demanda de pacientes y obedece a que el hospital en su capacidad instalada ha superado la disponibilidad de camas en los diferentes servicios de hospitalización y los pacientes se quedan en la infraestructura de urgencias pero ya tienen orden de hospitalizar. A esto se suma que el servicio de UCI ADULTOS SE DESHABILITO

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO			1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													para la realizacion de mantenimiento de la red de oxigeno y aire medicinal, generando mayor sobreocupacion en el servicios de urgencias, por lo anterior dificilmente se logra llegar a la meta nominal establecida del 90% La alta afluencia de pacientes al servicio se debe ademas a que somos el hospital de referencia del departamento y llegan pacientes remitidos de todos los municipios donde por diferentes motivos el primer nivel de complejidad se queda corto en la resolutividad.
			Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	8,88	15			25,88	23,02	27,94	23,05	24,97	34%
			Giro cama - Salas de Hospitalización	6,35	6,35	Subgerencia Científica y Asesor de Planeación	6,2	6,64	6,66	6,79	6,58	100%	El indicador de Giro Cama durante la vigencia analizada presenta una tendencia creciente y estable, con un promedio anual de 6,59, lo que evidencia una gestión eficiente de la capacidad instalada en las salas de hospitalización. El comportamiento trimestral muestra mejoras progresivas y sostenidas.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO			1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													contribuyendo al fortalecimiento del acceso oportuno, la continuidad de la atención y la optimización de los recursos hospitalarios.
			Giro Cama - Urgencias Hospitalización	16,46	8		7,51	6,45	6,10	5,8	6,45	73%	El indicador de Giro Cama en Urgencias Hospitalización presenta una variabilidad a lo largo del año, con un promedio anual de 6,45, evidenciando una gestión operativa que responde a las fluctuaciones de la demanda asistencial.
			Proporción de Cancelación de Cirugía (programada)	0,00	2	Enfermero Cirugía	2,36	1,89	0,67	0,9	1,45	100%	PARA ESTE MES DE OCTUBRE EL INDICADOR DE PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIAS CUMPLE SU META EN 0.0%, YA QUE DE 111 CIRUGIAS REALIZADAS, SE PRESENTO 5 CANCELACIONES, PERO 1 SOLA ATRIBUIBLE A LA INSTITUCION POR DISPONIBILIDAD DE SALAS, CON TENDENCIA DECRECIENTE, SIN BRECHA. LA CIRUGIA QUE SE CANCELO ATRIBUIBLE A LA INSTITUCION SE PRESENTO EL 10 DE OCTUBRE PACIENTE HEIDY GARCIA , HC 65632414 , COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA,POR NO DISPONIBILIDAD DE SALAS. DICHA CIRUGIA SE REPROGRAMA PARA EL DIA 11 DE OCTUBRE. LAS OTRAS 4 CIRUGIAS CANCELADAD FUERON POR: DORA LIGIA ACOSTA, ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA, PACIENTE NO SE PRESENTA PORQUE SU HIJO ESTA HOSPITALIZADO EN UCI. FLOR ELISA RODRIGUEZ, HC 51719623 Y LEIDY JOHANA SILVA HC 1013597166, ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA, NO HAY CONTRATO CON FOMAG HASTA LA FECHA. MARLON FERNEY NATIB, HC 1004624800, ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL, PACIENTE NO SE PRESENO, SE LLAMO AL CELULAR Y NO CONTESTO. EL INDICADOR DE PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA PARA ESTE MES DE NOVIEMBRE CUMPLE LA META YA QUE FUE DE 1.75 RESPECTO A SU META NOMINAL, CON TENDENCIA CRECIENTE RESPECTO AL MES ANTERIOR, SIN BRECHA. SE PRESENTO 1 CANCELACION DE 57 CIRUGIAS PROGRAMDAS LA CUAL FUE : (PACIENTE ALEXANDER TIERRADENTRO,RESECCION DE PTERIGIO, MOTIVO NO LE DIERON PERMISO EN EL TRABAJO). TAMBIEN SE OBSERVA QUE BAJA LA CANTIDAD DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEBIDO A LA FALTA DE CONTRATACION (CONTRATACION DE FOMAG SE TERMINO). PARA ESTE MES DE DICIEMBRE EL INDICADOR DE PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA CUMPLE SU META YA QUE SE PRESENTO UN 0% DE CANCELACION ATRIBUIBLE A LA INSTITUCION, DE 34 CIRUGIAS PROGRAMADAS, CON TENDENCIA DECRECIENTE SIN BRECHA. DE LAS 34 CIRUGIAS UNA SE REPROGRAMO, DEBIDO A QUE EL PACIENTE QUE ESTABA PROGRAMADO CON ANESTESIA LOCAL, MANIFIESTA DURANTE EL PROCEDIMIENTO MUCHO DOLOR(PACIENTE JAVIER RICARDO GARCIA HC 1117932667, POLICIA NACIONAL, RESECCION DE

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO			1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													CHALAZIO POR VIA POSTERIOR), POR CONSECUENCIA EL DR CHICANGANA DECIDE NO SEGUIR PROCEDIMIENTO Y PROGRAMARLO NUEVAMENTE CON ANESTESIA GENERAL. DE IGUAL FORMA SE OBSERVA UN DESCENSO DE LA CIRUGIA PROGRAMADA AMBULATORIA DEBIDO A TERMINACION DE CONTRATOS CON OTRAS EPS Y A LA MANIFESTACION DE ALGUNOS PACIENTES QUE NO SE OPERAN POR SER MES DE DICIEMBRE. PARA ESTE MES DE ENERO EL INDICADOR DE PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA CUMPLE SU META YA QUE SE PRESENTO UN 0% DE CANCELACION ATRIBUIBLE A LA INSTITUCION, DE 33 CIRUGIAS PROGRAMADAS, CON TENDENCIA DECRECIENTE SIN BRECHA. DE LAS 33, SE PRESENTARON 5 CANCEKACIONES LAS CUALES (3) ATRIBUIDAS AL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE , (1) PACIENTE NO ATIENDE AL LLAMDO TELEFONICO Y OTRO EL CUAL EL PACIENTE SUGIRIO QUE LE REPROGRAMARAN SU PROCEDEMIENTO YA QUE EN LA FECHA ASIGNADA NO PODIA ASISTIR , LA ATENCION SE REALIZAO AL SIGUIENTE DIA. PACIENTE :ZITA FLOR TORRES, HC:40755742- OFTALMOLOGIA PACIENTE: SANDRA MILENA AGUILAR TRIANA- HC 30520267-GINECOLOGIA PACIENTE:DORA LIGIA ACOSTA MARIN HC:28565055-OFTALMOLOGIA PACIENTE:ADELINA SILVA YOSA-HC:40757796-OFTALMOLOGIA PACIENTE:ALEXANDER TIERRADENTRO CUELLAR-HC-14468460-OFTALMOLOGIA DE IGUAL FORMA SE OBSERVA UN DESCENSO DE LA CIRUGIA PROGRAMADA AMBULATORIA DEBIDO A TERMINACION DE CONTRATOS CON OTRAS EPS.
			Razón Corriente	1,38	2	Profesional universitario de contabilidad	1,48	3,08	8,57	2,35	3,87	100%	La razón corriente se sitúa en \$2,35, lo que indica que la entidad dispone de \$2,35 de activos corrientes por cada peso de pasivo corriente, evidenciando una sólida capacidad para atender sus obligaciones de corto plazo con recursos disponibles. Este nivel de liquidez es especialmente relevante en el sector salud, donde la gestión del efectivo puede verse afectada por demoras en los pagos y variaciones en los ingresos; en este contexto, la posición de liquidez reflejada por el indicador proporciona un margen de seguridad que fortalece la continuidad operativa y la estabilidad financiera de la entidad.
			Solidez Financiera	1,65	2		1,58	3,18	4,1	2,42	2,82	100%	La solidez financiera presenta un resultado de \$2,42, lo que significa que por cada peso de pasivo la entidad cuenta con \$2,42 de patrimonio como respaldo de las obligaciones, evidenciando una estructura financiera sólida y un amplio respaldo de capital. Este nivel de solidez es especialmente positivo en el contexto de sector salud, donde la incertidumbre en el flujo de recursos y los retrasos en pagos pueden afectar la liquidez; en este sentido, el indicador reflea una posición financiera favorable que brinda

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO			1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													estabilidad y capacidad de resistencia frente a las presiones del entorno.
			Margen de rentabilidad	-72,33%	12	Profesional universitario de Costos	29,3	19,39	12,26	-16,77	11,05	100%	En octubre de 2025 la organización registró una facturación de \$14.380.643.744, mientras que los costos del período alcanzaron los \$13.022.541.202. Como resultado, se obtuvo un beneficio de \$1.358.102.542, equivalente a un margen del 10,43%. Este desempeño se ubicó por encima de la meta mínima establecida del 6%, aunque aún por debajo de la meta nominal del 12%, reflejando un mes positivo, pero con espacio para mejorar la rentabilidad. En contraste, durante septiembre de 2025 la facturación ascendió a \$17.392.461.482 y los costos se mantuvieron controlados en \$13.557.024.749. Esta combinación permitió obtener un beneficio notablemente mayor, que alcanzó los \$3.835.436.733, con un margen del 28,29%. Dicho resultado no solo superó la meta nominal, sino que incluso sobrepasó la meta máxima del 25%, marcando un mes excepcional en términos de eficiencia y rentabilidad. Durante el mes de noviembre de 2025, la facturación total del hospital ascendió a \$14.983.839.802, mientras que los costos operativos alcanzaron \$15.757.841.000, registrándose un resultado operacional negativo de -\$774.001.198. Este desempeño se tradujo en un margen de rentabilidad de -4,91%, ubicándose significativamente por debajo de la meta mínima establecida del 6%. En contraste, en el mes de octubre de 2025, la facturación total alcanzó \$14.380.643.744, con costos operativos de \$13.022.541.202, lo que permitió obtener un resultado operacional positivo de \$1.358.102.542. En consecuencia, el margen de rentabilidad fue de 9,44%, superando la meta mínima del 6%, aunque aún por debajo de la meta nominal del 12%. La comparación intermensual evidencia un deterioro significativo del resultado operacional en noviembre, explicado principalmente por un incremento de los costos operativos que no fue compensado por el nivel de facturación del período. Durante diciembre de 2025, el hospital registró un margen de rentabilidad de -55,84%, derivado de una facturación de \$13.965.605.494 frente a costos de producción de \$31.624.919.104 millones. Este resultado se encuentra significativamente por debajo de la meta mínima establecida del 6, reflejando un desempeño financiero negativo en el cierre de vigencia. Para referencia, en noviembre de 2025 el margen fue de -5,17%, también por debajo de la meta, mostrando un deterioro importante en diciembre. El resultado negativo se explicó principalmente por el deterioro de cuentas por cobrar por \$11.411.005.198 y la acumulación de

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													cuentas por pagar de meses anteriores, que debieron reconocerse al cierre de la vigencia. Adicionalmente, la facturación se vio afectada por la suspensión temporal de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos.
	Realizar evaluaciones de costo-beneficio antes de invertir en nuevas tecnologías, Servicios y/o equipamiento o, asegurando que las inversiones generen un retorno positivo.	Informes de Costos generados debidamente socializados	Número de informes realizados y socializados por la Oficina de Costos	12	12	Profesional universitario de Costos	3	3	3	3	12	100%	Se evidencia envío del informe de costos mediante correo electrónico de los meses de octubre, noviembre y diciembre por el profesional de Costos.
		Socialización de costos sobre servicios específicos solicitados para su implementación y oferta	Número de tablas de costos generados vs número de solicitudes realizadas	N/A	100	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Se solicitó mediante correo electrónico en el mes de octubre la solicitud de costos de los códigos CUPS 882316, 882318, 998701 a la Oficina de Costos y al DR. Fabian Perdomo para la oferta con tarifas institucionales, las cuales fueron allegadas. Se solicitó en septiembre y se autorizó a través del formato DE-F-16 con las firmas de Gerencia, Subgerencia Científica y Planeación las cuales fueron ofertadas a las diferentes EAPB en el mes de noviembre.
		Plan bial de inversión actualizado	Garantizar la actualización del plan Bial del inversión en los tiempos establecidos por la entidad y de acuerdo a la habilitación del MSPS	N/A	100	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación	100	100	100	100	100	100%	Se realizó la actualización del ajuste No. Del Plan Bial de Salud para incluir una (1) iniciativa Plan Bial de Salud "Reposición de equipos del servicio de imágenes diagnóstica del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, sede principal Florencia"
		Seguimiento al plan bial	Proyectos del plan bial de inversión planificados vs radicados	N/A	90%		15,4%	15,4%	30,8%	23,1%	84,6%	85%	Se realizó la radicación de tres (3) proyectos de inversión establecidos en el Plan de Desarrollo Institucional, los cuales contaban con la información técnica y metodológica completa: 1. Fortalecimiento del servicio de transporte asistencial mediante la adquisición de ambulancias. 2. Gestión para la adecuación, dotación e instalación del servicio de telemedicina y renovación tecnológica. 3. Dotación de equipos biomédicos y al mejoramiento de la infraestructura física del centro de salud del municipio de Morelia, adscrito a la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada
	Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, con el fin de buscar el	1. Estructuración y actualización del anexo de tarifas general	Creación de formato denominado "ANEXO ÚNICO DE TARIFAS"	N/A	1		0	0	0,75	0,9	0,9	90%	Con el acompañamiento del Dr Fabian Perdomo, se realizó la actualización de tarifas de acuerdo a los homólogos SOAT, logrando un avance del 90% en la consolidación del anexo para la fijación de la resolución institucional. Estaría pendiente por incluir los servicios de laboratorio, los cuales se están revisando con la Doctora Laura Daniela Camacho, lo que permitiría la formalización final de dicha resolución.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO			1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	equilibrio financiero y social de la E.S.E.	2. Formalización y optimización de contratos con las EAPB asegurando condiciones favorables para la institución.	1. Actas de negociaciones 2. Contratos firmados con anexos de tarifas claro	N/A	100		100	100	100	100	100	100%	Durante el cuarto trimestre no se suscribieron contratos. los contratos que se encontraban en curso se postergaron para el mes de enero por el principio de anualidad.
		3. Expansión de la oferta de servicios de salud, con incorporación de nuevas prestaciones según necesidades de la población.	Valor total contratado EAPB y ERP	\$ 117.909.929.647,00	\$ 117.909.929.647		\$ 122.946.285.958	\$ 126.930.700.676	\$ 131.981.049.244	\$ 132.011.049.244	\$ 132.011.049.244	100%	Sumatoria contratos vigentes acumulado enero a diciembre 2025 (Evidencia reporte SIHO 2193)
		4. Seguimiento a los recursos recaudados por venta de servicios	Recaudo Vs. Venta	48,72	58		Tesorero General	45,57	47,93	63,06	126,85	70,85	100%

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE.	Mejorar los procesos de contratación y mercadeo optimizando la gestión administrativa y financiera .	1. Fortalecer el procedimiento para la contratación con EAPB-ERP de manera que estipule un paso a paso que se alinee a la normatividad vigente y que integre las áreas o procesos que intervengan en la contratación.	Creación y/o actualización del procedimiento de contratación con EAPB-ERP	N/A	1	Jefe de la Oficina Asesora de planeación	0	1	0	0,0	1	100%	Procedimiento creado y actualizado
		2. Aplicar el procedimiento una vez formalizado	Número de contratos firmados y soportes en cumplimiento al procedimiento DE-P-21	11	11		11	11	16	17	17	100%	Se tienen 11 contratos vigentes, adicionalmente se suscribieron 5 contratos de Primer Nivel con ASMET SALUD, y un contrato con Regional de Aseguramiento en salud No. 2 Policía Nacional Se suscribió contrato de suministro de Hemocomponentes con MEDILASER

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	Ofrecer servicios médicos especializados y de alta demanda que puedan atraer a más pacientes y generar ingresos adicionales.	Estudio de costos y viabilidad de negociación de acuerdo a la oferta	Servicios médicos especializados con convenio o contrato.	N/A	1	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación / Profesional Universitario de Costos / Subgerente Científica	0	0	2	2	4	100%	Durante el cuarto trimestre se realizó la negociación de tarifas para Urología. Se realizó el lanzamiento oficial de los servicios de Protocolo de Hipotermia y Neurología Adulto.
	Optimizar los procesos de cobros de cartera, con el propósito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento o de los compromisos adquiridos	1.Indicadores de facturación, cartera y glosas registrados y analizados 2. control entrega facturas a cartera. (código de barra) 3. Saneamiento de cartera y operativización de comité. 4.Renegociación con los deudores a través de contratos de transacción, acuerdos de pago y conciliación. 5. Informe de Entidades con cobros pre jurídicos y jurídicos enviados durante el año. 6. Planes de mejora ejecutados	Control de Ingresos en estado registrado	4,2	2,50	Profesional universitario de facturación	9,33	2,03	1,03	0,31	3,2	73%	OCTUBRE: Los ingresos en estado registrado para el período comprendido del 1 al 31 de octubre de 2025 corresponden a 8 y el total de ingresos generados durante el mismo período fue de 9.713, equivalente al 0.08% por debajo de la meta mínima que es 1.0. Con respecto al mes anterior, se observa que hubo disminución en el indicador de ingresos abiertos que corresponde al 0.46%. De acuerdo con el resultado anterior se comunica lo siguiente: El indicador “Expresa la relación entre los ingresos en estado registrado e ingresos en estado confirmado, en este indicador se excluyen los usuarios que están hospitalizados, pacientes ingresados en el programa plan canguro y los pacientes que están en proceso de tratamiento como son terapias físicas y psicología” Por lo anterior, se informa que estos 8 ingresos que se encuentran abiertos corresponde a ingresos que tienen boleta de salida y están en proceso de revisión por parte de los colaboradores encargados de esta actividad en este subproceso. Así mismo, se realiza gestión diariamente para que el personal que tiene ingresos abiertos les de cierre oportuno y correcto. NOVIEMBRE: Los ingresos en estado registrado para el período comprendido del 1 al 30 de noviembre de 2025 corresponden a 361, de los cuales 2 ingresos corresponden a usuarios con boleta de salida, es responsabilidad de facturación, 272 ingresos son de pacientes ubicados en urgencias, hospitalización transitoria, hospitalización (I -II -III – Pediatría, Ginecobstetricia, cirugía, unidad mental) y Ucin, 56 ingresos corresponden al programa Plan Canguro, 20 ingresos corresponden a usuarios en tratamiento de terapias físicas y psicología en consulta externa del HDMI y 11 ingresos corresponden al Centro de Salud de la Montañita usuarios en tratamiento de rehabilitación y psicología. El total de ingresos generados durante el mismo período fue de 8.705, equivalente

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													al 0.02% por debajo de la meta mínima que es 1.0. Con respecto al mes anterior, se observa que hubo disminución en el indicador de ingresos abiertos que corresponde al 0.06%. De acuerdo con el resultado anterior se comunica lo siguiente: El indicador “Expresa la relación entre los ingresos en estado registrado e ingresos en estado confirmado, en este indicador se excluyen los usuarios que están hospitalizados, pacientes ingresados en el programa plan canguro y los pacientes que están en proceso de tratamiento como son terapias físicas y psicología” Por lo anterior, se informa que estos 2 ingresos que se encuentran abiertos corresponde a ingresos que tienen boleto de salida y están pendiente de legalizar porque les falta un soporte de un resultado y el otro porque el sistema no permite realizar una corrección a un insumo en la cantidad, ya se informó a la oficina de sistemas y ellos ya generaron el requerimiento a soporte de Dinámica Gerencial, estamos a la espera para darle el cierre oportuno y efectivo. Así mismo, se realiza gestión diariamente para que el personal que tiene ingresos abiertos les de cierre oportuno y correcto. DICIEMBRE: Los ingresos en estado registrado para el período comprendido del 1 al 31 de diciembre de 2025 corresponden a 314, de los cuales 72 ingresos corresponden a usuarios con boleto de salida, es responsabilidad de facturación, 174 ingresos son de pacientes ubicados en urgencias, hospitalización transitoria, hospitalización (I -II -III – Pediatría, Ginecobstetricia, cirugía, unidad mental) y Ucin, 93 ingresos corresponden al programa Plan Canguro, 47 ingresos corresponden a usuarios en tratamiento de terapias físicas y psicología en consulta externa del HDMI y del Centro de Salud de la Montañita usuarios en tratamiento de rehabilitación y psicología. El total de ingresos generados durante el mismo período fue de 8.573, equivalente al 0.84% por debajo de la meta mínima que es 1.0. De acuerdo con el resultado anterior se comunica lo siguiente: El indicador “Expresa la relación entre los ingresos en estado registrado e ingresos en estado confirmado, en este indicador se excluyen los usuarios que están hospitalizados, pacientes ingresados en el programa plan canguro y los pacientes que están en proceso de tratamiento como son terapias físicas y psicología” Por lo anterior, se informa que estos 2 ingresos que se encuentran abiertos corresponde a ingresos que tienen boleto de salida y están pendiente de legalizar porque les falta un soporte de un resultado y el otro porque el sistema no permite realizar una corrección a un insumo en la cantidad, ya se informó a la oficina de sistemas y ellos ya generaron el requerimiento a

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													soporte de Dinámica Gerencial, estamos a la espera para darle el cierre oportuno y efectivo. Así mismo, se realiza gestión diariamente para que el personal que tiene ingresos abiertos les de cierre oportuno y correcto.
			Radicación a cartera del valor facturado	133,9	95		86,17	114,73	94,48	108,36	96,9	100%	El valor total radicado a cartera en el periodo del mes de octubre de 2025 es de \$12.838.622.505,64 y lo facturado en ese mismo periodo fue por valor de \$ 12.970.457.909,64 equivalente al 98.98% por encima de la meta nominal que es 95. Este indicador nos muestra que del total facturado se radicó el 98.98% y el 1.02% corresponde al valor de \$131.835.404; este valor se quedó sin radicar porque no se alcanzó a digitalizar el total de las facturas, faltó realizar las correcciones pertinentes a las facturas devueltas a cada facturador después de la revisión, otro factor es que hay facturas sin los soportes de las terapias, monitoreos, curaciones, potenciales evocados, así mismo, falta el soporte de la lectura de estudios radiológicos como son Rayos x, Ecografías, Tomografías y Laboratorio clínico/patologías. El líder del subproceso de facturación gestiona diariamente para que el personal cumpla con las funciones y/o actividades asignadas, que permitan alcanzar el objetivo misional de la institución. El valor total radicado a cartera en el periodo del mes de noviembre de 2025 es de \$15.753.184.161,40 y lo facturado en ese mismo periodo fue por valor de \$16.225.057.571,40 equivalente al 97.9% por encima de la meta nominal que es 95. Este indicador nos muestra que del total facturado se radicó el 97.9% y el 2.1% corresponde al valor de \$471.873.410; este valor se quedó sin radicar porque no se alcanzó a digitalizar el total de las facturas, faltó realizar las correcciones pertinentes a las facturas devueltas a cada facturador después de la revisión, otro factor es que hay facturas sin los soportes de las terapias, monitoreos, curaciones, potenciales evocados, así mismo, falta el soporte de la lectura de estudios radiológicos como son Rayos x, Ecografías, Tomografías y Laboratorio clínico/patologías. El líder del subproceso de facturación gestiona diariamente para que el personal cumpla con las funciones y/o actividades asignadas, que permitan alcanzar el objetivo misional de la institución. El valor total radicado en el periodo del mes de diciembre de 2025 es de \$16.213.903.507,00 y lo facturado en ese mismo periodo fue por valor de \$12.566.864.786,00 equivalente al 129.02% por encima de la meta máxima que es 100.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													acuerdo con lo anterior, se comunica que, el valor radicado está por mayor valor que el valor facturado porque se radicaron facturas de meses anteriores que estaban pendientes por revisión y corrección. Del valor facturado del mes de diciembre de 2025 se radicó el valor de 12.430.643.474, quedando pendiente sin radicar el valor de \$136.221.312, dicho valor está pendiente por revisar, hay facturas sin los soportes de las terapias, monitoreos, curaciones, potenciales evocados, así mismo, falta el soporte de la lectura de estudios radiológicos como son Rayos x, Ecografías, Tomografías y Laboratorio clínico/patologías. El líder del subproceso de facturación gestiona diariamente para que el personal cumpla con las funciones y/o actividades asignadas, que permitan alcanzar el objetivo misional de la institución.
			Porcentaje de facturación radicada a entidad	94,17	90	Técnico de cartera	89,18	98,83	96,30	111,80	99,0	100%	15.052.552.003,00 Del 07 de OCTUBRE al 30 de octubre de 2025 se recibio en cartera 5555 facturas, de las cuales se devolvio y fueron anuladas en facturacion 43 facturas, por lo tanto queda un saldo para radicar de \$15.052.552.003 y se radico hasta el 30 de octubre de 2025 5358 facturas por un valor de \$14.464.017.935 lo cual significa que se radico el 96% de la facturacion recibida y queda pendiente por radicar el 4% que se encuentra en el proceso de radicacion y se realizara desde el departamento de facturacion donde fue trasladadao el procesos de radicacion a partir del 31 de octubre de 2025 mediante resolucion de gerencia. Durante el mes de noviembre se facturó el valor de \$ 16.225.057.571,40 y se radicó a las entidades responsables del pago el valor de \$17.149.772.680,44. Desde el proceso de digitalización se entregó al proceso de radicación (antes oficina de cartera) el valor de \$15.753.184.161,40. La diferencia de \$1.396.588.519,04 corresponde a que son facturas que quedaron pendientes de los meses anteriores y se radicaron en el mes de noviembre de 2025. Queda pendiente por entregar a radicación (antes oficina de cartera) el valor de \$471.873.410., el cual esta en el proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas y corrección por parte de los facturadores, así mismo, hay facturas endiente por soporte de resultados de ayudas diagnósticas y laboratorios, patologías y potenciales evocados. Durante el mes de diciembre se facturó el valor de \$ 12.566.864.786 y durante ese mismo mes se radicó a las entidades responsables del pago el valor de \$16.213.903.507. Se informa que se radicó facturación de meses anteriores que estaba pendiente. Se observa que se radicó el 130.43%, por

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													encima de la meta máxima que es 100. Desde el proceso de digitalización se entregó al proceso de radicación (antes oficina de cartera) el valor de \$12.430.643.474. La diferencia de \$3.783.260.033 corresponde a que son facturas que quedaron pendientes de los meses anteriores y se radicaron en el mes de diciembre de 2025. Queda pendiente por entregar a radicación (antes oficina de cartera) el valor de \$136.221.312. el cual está en el proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas y corrección por parte de los facturadores, así mismo, hay facturas pendiente por soporte de resultados de ayudas diagnósticas y laboratorios, patologías, potenciales evocados, terapias físicas, monitoreos y curaciones.
			Rotación de cartera	N/A	1,10	Profesional universitario de contabilidad	0	0	0	1,24	1,24	100%	La rotación de cartera de 1,24 veces durante el periodo muestra que la entidad logró recuperar sus cuentas por cobrar más de una vez en el año, lo cual resulta positivo en un entorno del sector salud marcado por retrasos en los pagos y restricciones de flujo de efectivo. Este desempeño refleja una gestión de cobro eficiente frente a la crisis de liquidez del sector y constituye una base sólida para seguir fortaleciendo la recuperación de cartera y mejorar progresivamente la disponibilidad de recursos.
			Porcentaje de recuperación de cartera.	45,23	25	Tesorero general y Técnico de cartera	23,12	31,4	43,49	66,02	41,0	100%	la cartera radicada y cargada en la plataforma SIHO a 31 de diciembre de 2023 fue de \$ 104.319.083.018, de este valor se ha recuperado con corte a diciembre 2025 \$68.874.658.308 lo cual significa que ya se ha recuperado el 52% de las vigencias anteriores, esto se debe a que se tiene unos acuerdos de pago importantes con nuestro mayor EPS que es ASMETSALUD , sin embargo las eps no estan dando cumplimiento a los pagos como lo estipula la ley 1122 y el decreto 3047 que es pagar mensualmente el 50% de lo radicado , el recaudo total de cartera para la vigencia de 2025 fue de \$ 137.757.590.723 de los cuales el 50 corresponde a la vigencia actual y el 50% a vigencias anteriores
			Porcentaje de cartera conciliada	70,12	35	Técnico de cartera	74,53	80,26	65,39	77,21	74,3	100%	La cartera radicada a 30 de septiembre de 2025 fue de \$171.186.451.070 de los cuales se concilio en las mesas de flujo de recursos y fuera de ellas un valor de \$132.176.035.786 o sea que se concilio el 77% del total de la cartera radicada en ese periodo. MESAS PRESENCIALES ASMETSALUD EPS SAS EPS SANITAS NUEVA EPS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETA TOTAL ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA NIT 891180098 LUNES 24/11/2025 8:00 AM - 9:00 AM LUNES 24/11/2025 9:00 AM - 10:00 AM LUNES 24/11/2025 10:00 AM - 11:00 AM MARTES 25/11/2025 08:00 AM - 10:00 AM 83.908.851.572 6.589.654.916 24.320.244.940 1821310510 116.640.061.938 MESAS

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													VIRTUALES ya se envío ya se envío no párticipa Total PIJAOS SURA SALUD TOTAL SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S CAPITAL SALUD COMFACHOCO COMFAORIENTE MALLAMAS FAMISANAR SAVIA SALUD COOSALUD EMSSANAR AIC ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA NIT 891180098 MIERCOLES 26/11/2025 08:00 AM - 08:30 AM MIERCOLES 26/11/2025 11:00 AM - 11:30 AM MIERCOLES 26/11/2025 08:30 AM - 09:00 AM MIERCOLES 26/11/2025 9:00 AM - 9:30 AM MIERCOLES 26/11/2025 09:30 AM - 10:00 AM JUEVES 27/11/2025 9:30 AM - 10:00 AM JUEVES 27/11/2025 10:30 AM - 11:00 AM JUEVES 27/11/2025 8:00 AM - 8:30 A JUEVES 27/11/2025 11:00 AM - 11:30 AM JUEVES 27/11/2025 9:00 AM - 9:30 AM JUEVES 27/11/2025 10:00 AM - 10:30 A JUEVES 27/11/2025 8:30 AM - 9:00 AM JUEVES 27/11/2025 2:00 PM 2:30 PM 22.710.566 390.597.328 1.079.479.811 45.786.570 726.870.369 43.450.318 0 310.301.380 401.862.755 384.368.014 4.169.735.130 2.705.870.483 10.281.032.724 fomac COSMITET COMFENALCO VALLE Total 5.220.602.093 8.638.858 25.700.173 5.254.941.124
			Porcentaje de respuesta a objeciones, devoluciones	94,43	90	Profesional especializado de cuentas medicas	86,79	82,25	0	0	42,3	47%	Faltan reportes del tercer y cuarto trimestre
			Porcentaje de Objeciones Devoluciones Definitivas	1,98	6		1,2	0,88	0	0	0,5	100%	Faltan reportes del tercer y cuarto trimestre
	Establecer alianzas con otras instituciones de salud, universidades y empresas para desarrollar proyectos conjuntos que puedan generar ingresos adicionales.	Gestión realizada para establecer alianzas con otras instituciones para el desarrollo de proyectos conjuntos	Porcentaje de alianzas gestionadas vs alianzas en ejecución	N/A	50%	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación	0	30%	44%	90%	0,9	100%	Se avanzó en la preparación documental para la habilitación en el REPS para Telemedicina, quedando pendiente la capacitación del personal.
	Realizar un análisis exhaustivo	Informe detallado de costos operativos, con desglose por	Informe detallado realizado y presentado	12	12	Profesional universitario de Costos	3	3	3	3	12	100%	Se evidencia envío del informe de costos mediante correo electrónico de los meses de octubre, noviembre y diciembre por el profesional de Costos.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	de los costos operativos para identificar áreas de posible reducción sin comprometer la calidad de la atención.	unidad funcional y centros de costos, presentado a gerencia y subgerencia administrativa y financiera para la toma de decisiones .											
	Implementar un sistema de gestión de inventarios eficiente para reducir el desperdicio y optimizar el uso de suministros médicos.	1. Sistema de inventario actualizado y digitalizado, con control en tiempo real de existencias y consumo.	Porcentaje de medicamentos pendientes por entregar de los listados básicos institucionales	1,41	2	Profesional Universitario Servicio Farmacéutico	2,26	1,64	1,10	1,09	1,5	100%	En el mes de OCTUBRE del 2025 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medicoquirurgicos manejados por el hospital departamental maria inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montañita y Union Peneya, se dejaron de entregar 11 productos dando un porcentaje de 1.23% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 durante el mes de OCTUBRE productos como: Furosemida, Hidroclorotiazida, Hidroxido de Aluminio, Ensure, Enoxaparina, Metformina, Enalapril, Jeringa Angiografía, Agua esteril, Levofloxacina, Trimetropim y Sucralfato. En el mes de NOVIEMBRE del 2025 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medicoquirurgicos manejados por el hospital departamental maria inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montañita y Union Peneya, se dejaron de entregar 11 productos dando un porcentaje de 1.13% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 durante el mes de NOVIEMBRE productos como: Furosemida, Heparina, Hidroxido de Aluminio, Hidroclorotiazida, Poliestereno, Acetaminofen IV, Propanolol de 40mg, Fluoxetina, Sucralfato, Betametasona y Tamsulosina. En algunos casos se identifica medicamentos sin existencia en la institucion y en otros casos agotados en las farmacias que se suplieron con traslados entre ellas. En el mes de DICIEMBRE del 2025 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medicoquirurgicos manejados por el hospital departamental maria inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montañita y Union Peneya, se dejaron de entregar 9 productos dando un porcentaje de 0.92% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 durante el mes de DICIEMBRE

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													productos como: Hidroxido de Aluminio, Sucralfato Tableta, Hidroclorotiazida Tableta, Furosemida 40mg Tableta, Cefalexina suspension, Cafeina Ampolla, Timolol Oftamico, Tubo trampa y Trimebutina Tableta. En algunos casos se identifica medicamentos sin existencia en la institucion y en otros casos agotados en las farmacias que se suplieron con traslados entre ellas. Sin embargo no se dejo descubierto el tratamiento del paciente.
			INDICE DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESCENCIALES	N/A	90		0	0	95,35	96,0	95,66	100%	Se crea nuevo indicador a partir del mes de julio. OCTUBRE: De acuerdo a la medicion de existencias de medicamentos esenciales presentes en los servicios farmaceuticos del hdmi, y de acuerdo a los manejados en relacion con los consumos historicos y perfiles epidemiologicos (no todos se manejan en el hdmi, solamente 215 del listado normativo) de los cuales se tienen existencias de 205 en total. La meta nominal del indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de 95.3%. Estamos dentro de los parametros de aceptacion. NOVIEMBRE: De acuerdo a la medicion de existencias de medicamentos escenciales presentes en los servicios farmaceuticos del hdmi, y de acuerdo a los manejados en relacion con los consumos historicos y perfiles epidemiologicos (no todos se manejan en el hdmi, solamente 215 del listado normativo) de los cuales se tienen existencias de 203 en total. La meta nominal del indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de 94.41%. Estamos dentro de los parametros de aceptacion. DICIEMBRE: De acuerdo a la medicion de existencias de medicamentos esenciales presentes en los servicios farmaceuticos del hdmi, y de acuerdo a los manejados en relacion con los consumos historicos y perfiles epidemiologicos (no todos se manejan en el hdmi, solamente 215 del listado normativo) de los cuales se tienen existencias de 211 en total. La meta nominal del indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de 98.13%. Estamos dentro de los parametros de aceptacion."
		2. Protocolos de gestión de stock y abastecimiento, alineados con las necesidades hospitalarias.	PORCENTAJE DE REVISIONES DE STOCKS REALIZADAS	100%	1		100	100	100	100	100,0	100%	Durante el mes de OCTUBRE del 2025 se programaron el 100% (66 ubicaciones) de las revisiones de stock y carros de paro pertenecientes al hospital departamental María inmaculada y los centros de salud de morelia, montañoita y morelia, de los cuales se realizaron 66 en el tiempo programado (antes del último día del mes de OCTUBRE). en este mes el funcionario cumplió con la programación elaborada, dentro de los parámetros de tiempo establecidos. EL indicador a tenido un buen comportamiento en el tiempo. porque siempre se cuenta

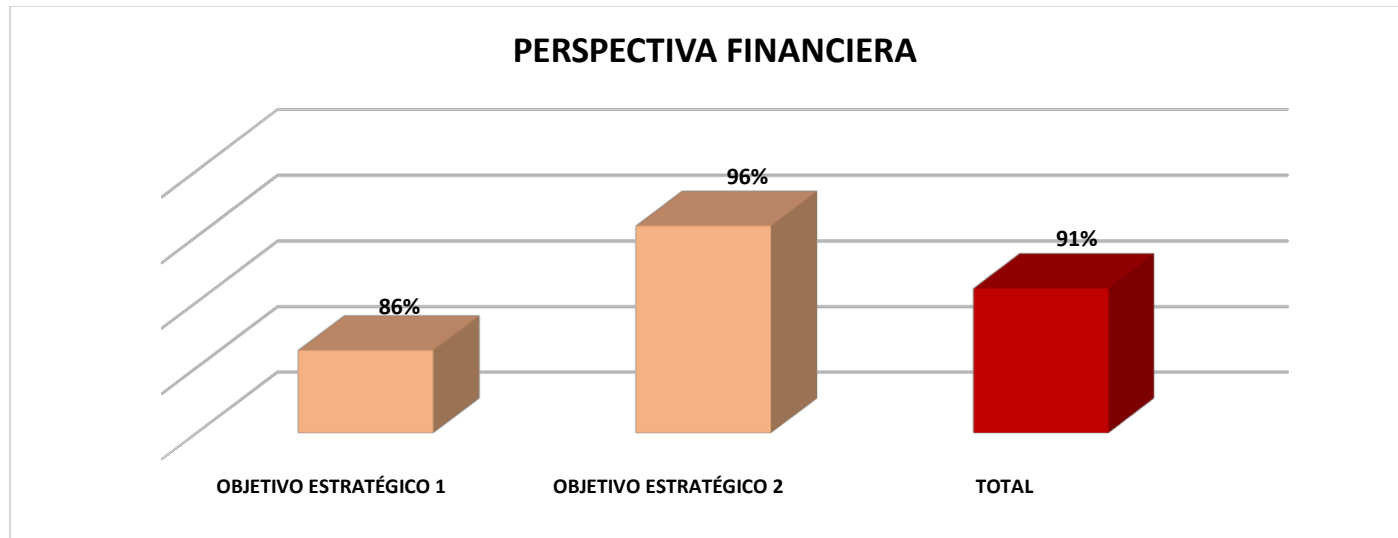
Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													con funcionario disponible por cuadro de turnos para realizar la labor, cumpliéndose con la meta del indicador. Durante el mes de NOVIEMBRE del 2025 se programaron el 100% (66 ubicaciones) de las revisiones de stock y carros de paro pertenecientes al hospital departamental maría inmaculada y los centros de salud de morelia, montañoa y morelia, de los cuales se realizaron 66 en el tiempo programado (antes del último día del mes). en este mes el funcionario cumplió con la programación elaborada, dentro de los parámetros de tiempo establecidos. EL indicador a tenido un buen comportamiento en el tiempo, porque siempre se cuenta con funcionario disponible por cuadro de turnos para realizar la labor, cumpliéndose con la meta del indicador. Durante el mes de DICIEMBRE del 2025 se programaron el 100% (66 ubicaciones) de las revisiones de stock y carros de paro pertenecientes al hospital departamental maría inmaculada y los centros de salud de morelia, montañoa y morelia, de los cuales se realizaron 66 en el tiempo programado (antes del último día del mes). en este mes el funcionario cumplió con la programación elaborada, dentro de los parámetros de tiempo establecidos. EL indicador a tenido un buen comportamiento en el tiempo, porque siempre se cuenta con funcionario disponible por cuadro de turnos para realizar la labor, cumpliéndose con la meta del indicador.
	Revisar regularmente los gastos administrativos y operativos para identificar y eliminar gastos innecesarios.	1. Análisis del Informe detallado de gastos.	Soporte del análisis de gastos	1	1	Tesorero General	1	1	1	1	1,0	100%	Se evidencia ejecución presupuestal de ingresos y gastos con corte a 31 de diciembre de 2025 presentado del Informe SIHO 2193 del cuarto trimestre 2025
	Establecer un control riguroso del presupuesto anual y realizar ajustes según sea necesario para mantener el	1. Presupuesto anual estructurado y aprobado	Acto administrativo de presupuesto anual aprobado por la junta directiva	1	1		1	0	0	0	1	100%	Acuerdo 08 del 29 de enero de 2025 "POR MEDIO DEL CUAL SE REFRENDA LA DESAGREGACIÓN DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA ESE, PARA LA VIGENCIA FISCAL DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025"
		2. Informes de ejecución presupuestal, con del seguimiento	Actos administrativo de modificación aprobados por la junta directiva	100%	1		4	2	0	0	6	100%	Acuerdos 018 y 019 del 18 de mayo de 2025 ACUERDO No. 0018 DE 2025 (Mayo 27 de 2025) "POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL ANTEPROYECTO DE ADICIÓN AL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	equilibrio financiero.	cumplimiento de metas financieras.											DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA ESE, EN LA VIGENCIA FISCAL DE 2025, RECURSOS DE RECUPERACION DE CARTERA. ACUERDO No. 0019 DE 2025 (Mayo 27 de 2025) "POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL ANTEPROYECTO DE ADICIÓN AL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA ESE, EN LA VIGENCIA FISCAL DE 2025, DE LOS RECURSOS ASIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL MEDIANTE RESOLUCIÓN No.1982 DE 2024 y No. 00000697 DE 2025"

% de cumplimiento 2025 Perspectiva Financiera: 91%



Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

Perspectiva

Clientes

Políticas

- Política del sistema integrado de gestión.
- Política pública de participación social en salud.
- Seguridad de la información, lineamientos de uso y manejo.
- Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMII.
- Política de comunicaciones.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Implementación Integral de la Gestión de Relación con las Partes Interesadas	Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, con oportunidad, seguridad y trato humanizado.	1. Indicadores de calidad de la atención definidos, analizados y con metas establecidas para medir la oportunidad en los servicios. 2. Informe de seguridad del paciente con reporte de eventos, análisis de riesgos y acciones de mejora implementadas. 3. Programa de humanización revisado, actualizado e implementado. 4. Planes de acción aplicados para la mejora continua de la calidad en la atención. 5. Comités institucionales (Seguridad del Paciente, MIPG) operativos y efectivos en la toma de decisiones.	Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de cita de Obstetricia	3,60	5	Director servicios ambulatorios	2,25	3,94	3,83	4,36	3,60	100%	Para el mes de OCTUBRE se asignaron 9 citas de primera vez de obstetricia, 3 citas mas que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 5.33 días, comparado con el mes anterior el indicador aumenta en 1.93 días, se CUMPLE con la meta establecida que son 5 días, dado a las acciones que se tomaron para mejorar los tiempos de espera los cuales son dejar por cuadro de turno a un ginecólogo por cada semana. Para el mes de NOVIEMBRE se asigno 1 cita de primera vez de obstetricia, dando un tiempo promedio de espera de 4.0 días, comparado con el mes anterior el indicador disminuye en 1.33 días, se CUMPLE con la meta establecida a 5 días, esto dado a que no contamos con usuarias para esta especialidad, por el tema contractual las EAPB estan prestando el servicio en sus IPS puerta de entrada. Para el mes de DICIEMBRE se asignaron 4 citas de primera vez de obstetricia, dando un tiempo promedio de espera de 3.75 días, comparado con el mes anterior el indicador disminuye en 0.25 días, se CUMPLE con la meta establecida a 5 días, esto dado a que no contamos con usuarias para esta especialidad, por el tema contractual las EAPB estan prestando el servicio en sus IPS puerta de entrada.
			Tiempo Promedio de espera para la Asignación de Cita de Ginecologia	3,44	7		2,51	4,23	3,49	3,64	3,47	100%	En el mes de OCTUBRE, se asignaron 19 citas de primera vez de ginecología, 1 consulta mas que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 3.21días, comparado con el mes anterior el indicador disminuye en 0.1 dia, el indicador CUMPLE con la meta establecida que es a 7 días, para este periodo se establecieron 14 jornadas de 6 horas para una capacidad de 252 consultas en total, lo anterior para dar cumplimiento al indicador, de igual manera las EAPB direccionan las usuarias para otro prestador. Se cumple con el indicador establecido. En el mes de NOVIEMBRE, se asignaron 15 citas de primera vez de ginecología, 4 consulta menos que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 3.40 días, comparado con el mes anterior el indicador aumenta en 0.19 días, el indicador CUMPLE con la meta establecida que es a 7 días, para este periodo se establecieron 6 jornadas de 6 horas para una capacidad de 108 consultas en total, lo anterior para dar cumplimiento al indicador, de igual manera las EAPB direccionan las usuarias para otro prestador. Se cumple con el indicador establecido. En el mes de DICIEMBRE, se asignaron 16 citas de primera vez de ginecología, 1 consulta mas que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 4.31 días,

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													comparado con el mes anterior el indicador aumenta en 0.91 días, el indicador CUMPLE con la meta establecida que es a 7 días, para este periodo se establecieron 6 jornadas de 6 horas para una capacidad de 108 consultas en total, lo anterior para dar cumplimiento al indicador, de igual manera las EAPB direccionan las usuarias para otro prestador. Se cumple con el indicador establecido.
			Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Cirugía General.	9,61	15		7,76	9,28	11,54	6,20	8,70	100%	Para el mes de OCTUBRE, se asignaron 15 citas de primera vez de cirugía general, 24 citas menos que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 10.73 días, comparado con el mes anterior AUMENTO en un promedio de 3.32 días, para este periodo se programaron por cuadro de turno 33horas para un numero de 99 citas, para este periodo se cumple la meta nominal que esta a 15 días, se realizaron las medidas necesarias para el cumplimiento del indicador. Para el mes de NOVIEMBRE, se asignaron 25 citas de primera vez de cirugía general, 10 citas mas que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 5.88 días, comparado con el mes anterior disminuyo en un promedio de 4.85 días, para este periodo se programaron por cuadro de turno 24 horas para un numero de 72 citas, para este periodo se cumple la meta nominal que esta a 15 días, se realizaron las medidas necesarias para el cumplimiento del indicador. Para el mes de DICIEMBRE, se asignaron 2 citas de primera vez de cirugía general, 23 citas menos que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 2.0 días, comparado con el mes anterior disminuyo en 3.88 días, para este periodo se programaron por cuadro de turno 28 horas para un numero de 2 citas, para este periodo se cumple la meta nominal que esta a 15 días, se realizaron las medidas necesarias para el cumplimiento del indicador.
			Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Pediatría.	2,98	5		1,94	2,25	2,70	2,70	2,19	100%	Para el mes de OCTUBRE, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de pediatría es de 2.58 días, indicador que aumenta 0.47 días comparado con el mes anterior. Para este mes se asignaron 45 citas de primera vez de pediatría, 10 citas menos que el mes anterior y se establecieron 14 jornadas de 5 horas para una capacidad de 210 consultas, se ha evidenciado que el volumen de solicitud de consulta fluctua mes a mes, toda vez que se estan direccionando a los usuarios para otras IPS del departamento. Para este mes se cumple con el indicador que está establecido a 5 días. Para el mes de NOVIEMBRE, el tiempo promedio de espera

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													para la asignación de citas de pediatría es de 1.25 días, indicador que disminuye 1.33 días comparado con el mes anterior. Para este mes se asignaron 28 citas de primera vez de pediatría, 17 citas menos que el mes anterior y se establecieron 14 jornadas de 5 horas para una capacidad de 210 consultas, se ha evidenciado que el volumen de solicitud de consulta fluctua mes a mes, toda vez que se están direccionando a los usuarios para otras IPS del departamento. Para este mes se cumple con el indicador que está establecido a 5 días. Para el mes de DICIEMBRE, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de pediatría es de 1.81 días, indicador que aumenta 0.56 días comparado con el mes anterior. Para este mes se asignaron 43 citas de primera vez de pediatría, 15 citas mas que el mes anterior y se establecieron 10 jornadas de 5 horas para una capacidad de 150 consultas, se ha evidenciado que el volumen de solicitud de consulta fluctua mes a mes, toda vez que se están direccionando a los usuarios para otras IPS del departamento. Para este mes se cumple con el indicador que está establecido a 5 días.
			Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Medicina Interna.	10,07	10		11,07	10,353	9,99	7,46	9,72	100%	Para el mes de OCTUBRE, se asignaron 52 citas de primera vez de medicina interna, 98 citas menos que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 3.23 días, el indicador disminuye en 3.85 días, se cumple con la meta nominal que esta establecida en 10 días, dado a que contamos con el recurso humano suficiente para cubrir la demanda generada por las EAPB todo por la gestión realizada por parte de la subgerencia cientidica para poder dar cumplimiento con el indicador. Para el mes de NOVIEMBRE, se asignaron 70 citas de primera vez de medicina interna, 18 citas menos que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 11.56 días, el indicador AUMENTA en 8.33 días, NO se cumple con la meta nominal que esta establecida en 10 días, dado a que NO contamos con el recurso humano suficiente para cubrir la demanda generada por las EAPB ya que la prioridad en la urgencia y hospitalizaciones, desde la subgerencia científica se vienen adelantando gestiones para contratacion de internistas. Para el mes de DICIEMBRE, se asignaron 29 citas de primera vez de medicina interna, 41 citas menos que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 7.59 días, el indicador DISMINUYE en 3.97 días, se cumple con la meta nominal que esta establecida en 10 días. dado a que

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													para este periodo contamos con el recurso humano suficiente para cubrir la demanda generada por las EAPB, de igual manera desde la subgerencia científica se vienen adelantando gestiones para contratación de internistas y así mejorar la prestación del servicio.
			% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas oportunamente	100%	100%	Profesional universitario SIAU	100	100	100	100	100,00	100%	Durante el mes de octubre de 2025, la institución mantuvo el cumplimiento total de la meta nominal establecida en la ficha técnica del indicador, alcanzando un 100% de resolución oportuna de las manifestaciones interpuestas por los usuarios. Este resultado evidencia la efectividad en la gestión de las PQRSF por parte del área de Atención al Usuario (SIAU) y el compromiso institucional con la respuesta oportuna a las inquietudes y requerimientos de los usuarios. No obstante, durante el proceso de análisis y gestión se identificaron dificultades operativas que representan retos para la sostenibilidad del indicador, especialmente relacionadas con demoras por parte de los líderes de proceso en el análisis de las manifestaciones, lo cual impacta la oportunidad en la retroalimentación al SIAU y en la emisión de respuestas definitivas. Adicionalmente, situaciones administrativas como vacaciones, licencias o permisos del personal responsable generan retrasos en la validación de la información y en la elaboración de respuestas de fondo, afectando parcialmente los tiempos de gestión. Por otro lado, se identificaron manifestaciones que, por su naturaleza o competencia, requieren traslado a instancias especializadas como Control Interno Disciplinario o el Comité de Seguridad del Paciente. Estos casos implican la realización de entrevistas, análisis técnicos y verificaciones adicionales, procesos que demandan tiempos más amplios y pueden constituir una limitante para la celeridad en la resolución final. En noviembre de 2025 se recibieron 26 manifestaciones, de las cuales 22 corresponden a inconformidades evidenciando un aumento frente al mes anterior y un mayor uso de los mecanismos institucionales por parte de los usuarios. La gestión de estos casos requirió una articulación permanente con los líderes de proceso, quienes cumplen un rol esencial en la revisión detallada de los hechos, la validación de la pertinencia de las actuaciones y el establecimiento de acciones correctivas cuando corresponde. Estas actividades inciden directamente en los tiempos de gestión, ya que los análisis deben realizarse de manera cuidadosa para garantizar respuestas completas, precisas y ajustadas a lo ocurrido. En

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													algunos casos fue necesario revisar información clínica, validar aspectos de seguridad del paciente, analizar procedimientos administrativos o gestionar la verificación de cámaras de seguridad, lo cual implica tiempos adicionales según la complejidad de cada situación. A pesar de estas dinámicas, se mantuvo un seguimiento constante con cada líder involucrado, promoviendo una comunicación efectiva y asegurando el avance oportuno en la revisión de los casos. La gestión del mes resalta la importancia de una articulación sólida entre procesos para fortalecer la calidad de las respuestas entregadas a los usuarios. El indicador “% de quejas y reclamos respondidos oportunamente” presentó durante el periodo evaluado un cumplimiento del 100%, alcanzando la totalidad de las respuestas dentro de los tiempos establecidos y dando cumplimiento a la meta institucional definida en la ficha técnica. Este resultado evidencia una gestión efectiva del proceso SIAU, orientada al seguimiento permanente de las manifestaciones de los usuarios y al cierre oportuno de cada caso. El logro de este resultado se dio a pesar de las dificultades operativas y técnicas asociadas a la complejidad de algunas quejas y reclamos, los cuales requirieron respuestas de fondo con validaciones exhaustivas. En estos casos, fue necesario articular acciones con los líderes de los procesos involucrados, quienes realizaron la verificación de la pertinencia de los hechos, revisión de soportes y análisis del contexto asistencial y administrativo. De igual forma, varias manifestaciones demandaron la intervención de equipos interdisciplinarios, tales como Seguridad del Paciente, Gestión de Calidad y Auditoría Clínica, lo que implicó la valoración detallada de los casos, revisión de historias clínicas, análisis de eventos y consolidación de información proveniente de diferentes áreas. La alta carga asistencial y administrativa de los líderes de proceso, sumada a la necesidad de consolidar conceptos técnicos, representó un reto adicional para el cumplimiento del indicador.
			Proporción de Satisfacción Global de los usuarios	94,8%	90%		94,17	94,673	92,94	94,47	94,06	100%	Durante el mes de octubre de 2025, se aplicaron un total de 512 encuestas de satisfacción a usuarios de los distintos servicios de la institución. De estas, 485 usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, lo que representa un índice de satisfacción general del 94,7%, cumpliendo nuevamente con la meta institucional establecida para este indicador. En comparación con el periodo anterior, se evidencia estabilidad en la percepción

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													de calidad del servicio, manteniéndose una valoración superior al 94% por segundo mes consecutivo. Este resultado refleja la continuidad en el compromiso del personal asistencial y administrativo con la humanización de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia en los procesos institucionales. Los servicios con mayores niveles de satisfacción fueron Banco de Sangre (99,8%), Imagenología (98,6%), y UCIN (98,3%), los cuales destacan por la amabilidad, la precisión en la información suministrada y la organización del proceso asistencial. En contraste, el servicio de Urgencias presentó el porcentaje más bajo, con una satisfacción del 86,3%, debido principalmente a factores relacionados con los tiempos de espera, disponibilidad de recursos y sobreocupación del servicio. Durante el mes de noviembre de 2025, se aplicaron un total de 673 encuestas de satisfacción a usuarios de los distintos servicios de la institución. De estas, 630 usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, lo que representa un índice de satisfacción general del 93,6%, cumpliendo con la meta institucional establecida para este indicador. En comparación con el mes anterior (94,7%), se observa una ligera disminución de 1,1 puntos porcentuales, aunque el nivel de satisfacción global continúa siendo alto y mantiene la tendencia positiva observada a lo largo del año. Los servicios con mayores niveles de satisfacción durante el periodo fueron Banco de Sangre (99,5%), UCIN (99,5%), y Cirugía (97,4%), los cuales sobresalen por su organización, cumplimiento en los procesos asistenciales y trato humanizado hacia los pacientes. De igual forma, Consulta Externa (97,8%) mantiene un alto índice de satisfacción, reflejando eficiencia en la asignación de citas y atención profesional. Por otro lado, el servicio con menor nivel de satisfacción fue Urgencias (73,6%), donde se identifican factores que continúan afectando la percepción de los usuarios, tales como los tiempos prolongados de espera, la disponibilidad de recursos físicos y la sobreocupación del área, lo que repercute en la oportunidad y comodidad durante la atención. Durante el mes de diciembre de 2025, se aplicaron un total de 488 encuestas de satisfacción a usuarios de los distintos servicios de la institución. De estas, 464 usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, lo que representa un índice de satisfacción general del 95%, cumpliendo con la meta institucional establecida para este

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													indicador. En comparación con el mes anterior (noviembre: 93,61%), se evidencia un incremento de 1,39 puntos porcentuales, lo que confirma una tendencia positiva en la percepción de la calidad del servicio. Este comportamiento refleja una recuperación del indicador y demuestra la efectividad de las acciones implementadas para fortalecer la atención al usuario. Durante el mes de enero 2026, se aplicaron un total de 542 encuestas de satisfacción a usuarios de los distintos servicios de la institución. De estas, 490 usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, lo que representa un índice de satisfacción general del 90,4%, cumpliendo con la meta institucional establecida para este indicador. Se evidencia una disminución relevante en el nivel de satisfacción, pasando de 95,0% en diciembre a 90,4% en enero, lo que representa una brecha negativa de 4,6 puntos porcentuales. Mientras que diciembre presenta un desempeño alto, enero, aunque mantiene un resultado positivo, muestra un retroceso significativo. Esta variación podría estar asociada a cambios operativos y de servicio, considerando que el proceso de contratación aún se encuentra en fase de gestión.
			Proporción de usuarios que recomienda la IPS a un familiar o amigo	97,2%	90%		97,38	98,607	97,91	97,94	97,96	100%	Durante el mes de octubre de 2025, la proporción de usuarios que manifestaron disposición a recomendar la IPS a un familiar o amigo fue del 98,6%, frente al 98,7% registrado en septiembre, evidenciando una ligera disminución de 0,1 puntos porcentuales que no resulta estadísticamente significativa. Este comportamiento refleja una estabilidad sostenida del indicador dentro de los niveles de excelencia, consolidando la confianza y satisfacción general de los usuarios con los servicios recibidos. El valor obtenido se encuentra muy por encima de la meta institucional establecida del 90%, manteniendo la tendencia positiva observada durante todo el año. Esta consistencia indica que la mayoría de los usuarios continúan percibiendo una atención segura, humanizada y resolutive, lo cual fortalece la imagen institucional y la fidelización de los pacientes. La proporción de usuarios encuestados respecto a la meta proyectada fue del 97,0%, con una diferencia del 2,9%, lo que refleja un nivel adecuado de representatividad y confiabilidad en los resultados obtenidos. No obstante, al compararlo con el mes anterior (98,6%), se identifica una brecha negativa de 1,6 puntos porcentuales, que, aunque no compromete la validez del proceso de medición,

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de captación y seguimiento para mantener un nivel óptimo de participación de los usuarios en la evaluación del servicio. La proporción de usuarios encuestados respecto a la meta proyectada fue del 98,15%, con una diferencia del 1,84%, lo que refleja un nivel adecuado de representatividad y confiabilidad de los resultados obtenidos. Al compararlo con el mes anterior (97,0%), se identifica una brecha positiva de 1,15 puntos porcentuales, evidenciando una mejora en la cobertura del proceso de encuesta y un fortalecimiento en las estrategias de captación y seguimiento de la percepción del usuario, sin afectar la validez del proceso de medición.
			Porcentaje de exámenes validados oportunamente de la muestra definida.	91,58	85	Profesional universitario Laboratorio clínico	93,39	96,033	91,45	93,43	93,57	100%	Para el mes de Octubre 2025, se toma una muestra de 4860 exámenes de los cuales se valida oportunamente 93.70%. El indicador cumple con la meta establecida, aumenta la oportunidad un 3.21% con respecto al mes de septiembre, indicando un aumento en la oportunidad y superando la meta máxima del indicador de medida. A pesar del buen comportamiento del indicador, se sigue presentando el más alto porcentaje de inoportunidad en el grupo de 70 minutos creatinina y uroanálisis, donde la creatinina es la que incrementa la inoportunidad. Como novedad, tenemos que desde el mes de julio la muestra seleccionada aún es baja comparando la acostumbrada para el análisis, así mismo informar que no se tuvo en cuenta exámenes con inoportunidad mayor a 12 horas verificando casos puntuales como exámenes remitidos, doble ingreso por error o ingresos desde el servicio de urgencias, situación que incrementó el tiempo hasta la recepción de muestras al servicio del Laboratorio Clínico. Para el análisis correspondiente al mes, se tuvo en cuenta, que a la fecha continuamos con remisiones aunque no igual a los meses anteriores. Lo anterior, debido a la falta de insumos por incumplimiento en acuerdos de pago con el proveedor principal. Situación reportada desde el pasado 23/05/2025 bajo memorandos internos No. 112-4-011 y No. 112-4-043 dirigidos a la gerencia institucional. Se implemento el filtro de analizar los turnos de 7:00 pm a 7:00 am contemplando la rotación del personal en las secciones que involucra los analitos analizados de una forma mas equitativa. Para el mes de Noviembre 2025, se toma una muestra de 3873 exámenes de los cuales se valida oportunamente 93.98%. El indicador cumple con la meta establecida, aumenta la oportunidad un 0.28% con respecto al mes de

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													Octubre, indicando un mínimo aumento en la oportunidad y superando la meta máxima del indicador de medida. A pesar del buen comportamiento del indicador, se sigue presentando el más alto porcentaje de inoportunidad en el grupo de 70 minutos creatinina y uroanálisis, donde la creatinina es la que incrementa la inoportunidad. Como novedad, tenemos que desde el mes de julio la muestra seleccionada aún es baja comparando la acostumbrada para el análisis, así mismo informar que no se tuvo en cuenta exámenes con inoportunidad mayor a 12 horas verificando casos puntuales como exámenes remitidos, doble ingreso por error o ingresos desde el servicio de urgencias, situación que incrementó el tiempo hasta la recepción de muestras al servicio del Laboratorio Clínico. Para el análisis correspondiente al mes, se tuvo en cuenta, que a la fecha continuamos con remisiones aunque no igual a los meses anteriores. Lo anterior, debido a la falta de insumos por incumplimiento en acuerdos de pago con el proveedor principal. Situación reportada desde el pasado 23/05/2025 bajo memorandos internos No. 112-4-011 y No. 112-4-043 dirigidos a la gerencia institucional. Se implemento el filtro de analizar los turnos de 7:00 pm a 7:00 am contemplando la rotación del personal en las secciones que involucra los analitos analizados de una forma más equitativa. Para el mes de Diciembre 2025, se toma una muestra de 4851 exámenes de los cuales se valida oportunamente 92.59%. El indicador cumple con la meta establecida, disminuye la oportunidad un 1.39% con respecto al mes de Noviembre, indicando una disminución en la oportunidad y superando la meta máxima del indicador de medida. A pesar del buen comportamiento del indicador, se sigue presentando el más alto porcentaje de inoportunidad en el grupo de 70 minutos creatinina y uroanálisis, donde la creatinina es la que incrementa la inoportunidad. Como novedad, tenemos que desde el mes de julio la muestra seleccionada aún es baja comparando la acostumbrada para el análisis, así mismo informar que no se tuvo en cuenta exámenes con inoportunidad mayor a 12 horas verificando casos puntuales como exámenes remitidos, doble ingreso por error o ingresos desde el servicio de urgencias, situación que incrementó el tiempo hasta la recepción de muestras al servicio del Laboratorio Clínico. Para el análisis correspondiente al mes, se tuvo en cuenta, que a la fecha continuamos con remisiones aunque no igual

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													a los meses anteriores. Lo anterior, debido a la falta de insumos por incumplimiento en acuerdos de pago con el proveedor principal. Situación reportada desde el pasado 23/05/2025 bajo memorandos internos No. 112-4-011 y No. 112-4-043 dirigidos a la gerencia institucional. Se implemento el filtro de analizar los turnos de 7:00 pm a 7:00 am contemplando la rotación del personal en las secciones que involucra los analitos analizados de una forma más equitativa.
			Oportunidad de entrega de los resultados de Rayos X a los servicios de Hospitalización y Urgencias	29,7	24	Director servicios ambulatorios	31,43	22,53	8,60	8,58	17,79	100%	La producción de este indicador durante el mes de OCTUBRE fue de 1483 RX Tomados y entregados y/o leídos en los servicios de Urgencias e Internaciones; se evidencia un disminución de 193 RX comparado con el mes de septiembre, el indicador arroja 8.61 horas, indicador que aumenta 0.03 horas con respecto al mes anterior, donde se evidencia el cumplimiento dado a que la meta nominal esta establecida a 24 horas, ha sido efectivo el seguimiento permanente para mejorar la oportunidad en las lecturas. La producción de este indicador durante el mes de NOVIEMBRE fue de 1466 RX Tomados y entregados y/o leídos en los servicios de Urgencias e Internaciones; se evidencia un disminución de 17 RX comparado con el mes de octubre, el indicador arroja 8.56horas, indicador que disminuye 0.05 horas con respecto al mes anterior, donde se evidencia el cumplimiento dado a que la meta nominal esta establecida a 24 horas, ha sido efectivo el seguimiento permanente para mejorar la oportunidad en las lecturas. La producción de este indicador durante el mes de DICIEMBRE fue de 1748 RX Tomados y entregados y/o leídos en los servicios de Urgencias e Internaciones; se evidencia un aumento de 282 RX comparado con el mes de noviembre, el indicador arroja 8.57 horas, indicador que se mantiene estable con respecto al mes anterior, donde se evidencia el cumplimiento dado a que la meta nominal esta establecida a 24 horas, ha sido efectivo el seguimiento permanente para mejorar la oportunidad en las lecturas.
			Tiempo promedio de espera para la toma de ecografías.	0,35	3	Director servicios ambulatorios	0,36	0,36	0,36	0,35	0,36	100%	288,00 En el mes de OCTUBRE se realizaron 288 ecografías por consulta externa, se realizaron 189 ecografías menos que el mes anterior, con un tiempo promedio de espera de 0.35 días, indicador que se mantiene estable con respecto al mes anterior, el volumen de ecografías ambulatorias fluctua mes a mes dependiendo de la contratación con las aseguradoras en especial con sanidad militar y policia los cuales remiten bastantes usuarios. Se cumple con la meta nominal que esta establecida a tres dias.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													En el mes de NOVIEMBRE se realizaron 241 ecografías por consulta externa, se realizaron 47 ecografías menos que el mes anterior, con un tiempo promedio de espera de 0.35 días, indicador que se mantiene estable con respecto al mes anterior, el volumen de ecografías ambulatorias fluctua mes a mes dependiendo de la contratación con las aseguradoras en especial con sanidad militar y policía los cuales remiten bastantes usuarios. Se cumple con la meta nominal que esta establecida a tres días. En el mes de DICIEMBRE se realizaron 233 ecografías por consulta externa, se realizaron 8 ecografías menos que el mes anterior, con un tiempo promedio de espera de 0.36 días, indicador que se mantiene estable con respecto al mes anterior, el volumen de ecografías ambulatorias fluctua mes a mes dependiendo de la contratación con las aseguradoras en especial con sanidad militar y policía los cuales remiten bastantes usuarios. Se cumple con la meta nominal que esta establecida a tres días.
	Mejora de la Experiencia del Paciente y su familia con programas de atención personalizada a que consideren las necesidades y preferencias individuales de los pacientes.	1. Estrategia de atención personalizada diseñada e implementada con enfoque en las necesidades individuales de los pacientes. 2. Medición periódica de la experiencia del paciente y su familia con análisis de satisfacción y oportunidades de mejora. 3. Planes de mejora basados en la retroalimentación de pacientes y familiares. 4. Capacitación del personal en atención humanizada y comunicación efectiva con los	Proporción Global de colaboradores comprometidos con la institución.	92,0	70	Jefe Oficina de talento Humano	0	0	0	90	0,00	100%	Se evidencia Informe de Medición del Clima Organizacional 2025 con un porcentaje mayor del 90% de satisfacción y motivación del personal.
			Efectividad de los canales de difusión	100	90	Asesor de planeación	56,68	73,12	43,04	74,7	61,89	69%	Del análisis de los resultados estadísticos correspondientes al cuarto y último trimestre del año 2025, se determina que la efectividad general del trabajo desarrollado alcanza un 75%. A partir de este resultado, se realizó un análisis específico del comportamiento de crecimiento en relación con la adquisición de nuevos seguidores, identificando que la cuenta de Facebook no está reflejando de manera precisa el incremento de seguidores reales.El estudio evidenció la existencia de un número significativo de usuarios que, aun interactuando con la página, se encuentran registrados únicamente como invitados y no figuran en el listado formal de seguidores. Esta situación afecta de manera considerable el cumplimiento de la meta anual, dado que Facebook constituye el principal canal de difusión y no está contabilizando adecuadamente los nuevos seguidores.Adicionalmente, se observó que el comportamiento de las visualizaciones de la fanpage corresponde en un 64% a usuarios no seguidores y en un 36% a seguidores, lo que refuerza la necesidad de ajustar los criterios de medición. En consecuencia, se decidió modificar el punto base nominal del indicador para la evaluación de la efectividad de los canales de difusión, orientando el seguimiento hacia las interacciones con

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
		pacientes y sus familias.											contenido por parte de los seguidores. Las interacciones con el contenido se definen como el número de "Me gusta" o reacciones, comentarios, respuestas, veces que el contenido es guardado y compartido, incluyendo anuncios. El contenido evaluado comprende diversos formatos, tales como publicaciones, historias, reels, entre otros. ANEXO 4. DE-F-20 Formato Balance Efectividad Canales De Difusión: http://192.168.0.19/uploads/staff/assets/user21/ANEXO%204-%20DE-F-20%20FORMATO%20%20BALANCE%20EFFECTIVIDAD%20CANALES%20DE%20DIFUSIO%CC%81N%20TRIMESTRE%204.xlsx Informe Comunicaciones: http://192.168.0.19/uploads/staff/assets/user21/INFORME%20TRIMESTRE%204-%202025.pdf
Pago oportuno a contratistas y proveedores.	Mejorar la rotación de las cuentas por pagar a contratistas y proveedores s.	1. Giros efectuados dentro de los plazos establecidos, garantizando la oportunidad en los pagos. 2. Indicador de rotación de cuentas por pagar diseñado, medido y analizado periódicamente. 3. Informe de cumplimiento de pagos con análisis de tiempos y gestión de mejoras. 4. Estrategia de optimización del flujo de caja implementada para garantizar la sostenibilidad en los pagos.	Oportunidad en el pago a contratistas	5	60	Tesorero general	0,04	0,04	0,08	0,23	0,10	100%	Con corte al 31 de diciembre de 2025, la oportunidad de pago al personal contratista se ubicó en un promedio de 30 días. Esto obedece a que, al finalizar el trimestre, se causan todas las cuentas pendientes por pagar. Sin embargo, es importante señalar que algunos contratistas no realizan oportunamente la legalización de sus cuentas, lo cual afecta el cierre y el cálculo del indicador. A pesar de ello, la institución ha logrado cumplir con los pagos gracias al flujo de recursos disponible, priorizando siempre el pago al personal que presta sus servicios de manera continua en la entidad. No obstante, debe aclararse que el ingreso tardío del giro directo limita la posibilidad de quedar completamente al día con la totalidad de los contratistas. Pese a esta situación y a los retrasos en la legalización de cuentas por parte de algunos contratistas, la institución ha mantenido un adecuado nivel de cumplimiento en sus obligaciones financieras, respaldado por la disponibilidad de recursos y la priorización del talento humano.
			Oportunidad en el pago a proveedores	30	190		6,43	11,25	0,24	3,60	5,38	100%	Con corte al 31 de diciembre de la vigencia 2025, el promedio de oportunidad en el pago a los proveedores se ubicó en 30 días, cifra que se encuentra ampliamente dentro de la meta mínima establecida de 180 días. Dentro del rango analizado, se identificaron 56 cuentas por pagar a proveedores. Este resultado corresponde al cálculo del promedio de días de las obligaciones pendientes, obtenido al dividir la sumatoria total de los días acumulados por cada cuenta entre el número total de

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													cuentas adeudadas. La adecuada gestión en la oportunidad de pago fue posible gracias al flujo de recursos disponible en la entidad, lo cual permitió cumplir de manera oportuna con los compromisos financieros relacionados con el pago de funcionarios, contratistas y proveedores, garantizando así la continuidad operativa y la prestación eficiente de los servicios de salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Mejorar la eficiencia y eficacia en los proceso de Atención.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Evaluación y Optimización de los Procesos de Atención a través de la Mejora Continua	Evaluar la adherencia a guías y protocolos.	1. Instrumentos de medición y evaluación aplicados según el cronograma del proceso de Mejoramiento Continuo. 2. Informe de resultados con análisis de adherencia a guías y protocolos.	Proporción de Adherencia a Protocolos	88,77	92	Profesional especializado de Calidad	0	88	0	91,0	89,5	97%	Durante el segundo semestre de 2025, la proporción global de adherencia a los protocolos de Seguridad del Paciente fue del 91%, resultado obtenido a partir de la evaluación de 11 protocolos institucionales. Este desempeño no evidencia una variabilidad significativa en comparación con el mismo periodo de 2024, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar las acciones de mejora continua para lograr avances sostenidos. En el análisis desagregado por protocolo, se identificó un desempeño óptimo en Seguridad quirúrgica del paciente (100%), Seguridad en la administración de medicamentos (99%), Consentimiento informado (94%), Acción ante una fuga (94%), Lavado de manos (91%), Prevención de úlceras por presión (91%) y Prevención de caídas (90%). Estos resultados superan la media institucional y reflejan un cumplimiento adecuado de prácticas críticas orientadas a la seguridad del paciente. No obstante, se evidencian oportunidades de mejora en los protocolos de Toma de muestras (88%), Canalización, mantenimiento y retirada de catéter (87%), Identificación redundante del paciente (86%) y Aislamiento de pacientes (79%), cuyos niveles de adherencia se encuentran por debajo del promedio global, lo que podría incrementar el riesgo de incidentes y eventos adversos. Desde el Programa de Seguridad del Paciente, se continúa

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Mejorar la eficiencia y eficacia en los proceso de Atención.												
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES	
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE				
													con la implementación de estrategias de retroalimentación individual y grupal, así como la socialización de acciones orientadas a la disminución de incidentes y eventos adversos. Como parte del plan de mejora, se encuentran en desarrollo capacitaciones específicas para la actualización y socialización de los protocolos, con el objetivo de unificar criterios, reforzar buenas prácticas y aumentar el nivel de cumplimiento en las áreas donde se han identificado brechas.	
	Fortalecimiento de competencias técnicas al personal asistencial.		Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación	90%	90%	Director Administrativo de talento Humano	78,95	94,74	100	100	93,4	100%	Para el cuarto trimestre del año 2025 fueron programadas 22 capacitaciones de las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, con un porcentaje de cumplimiento del 100% conforme a la meta programada en el Plan de Capacitación, manteniendo el indicador frente a los trimestres 2025.	
		1. Plan de capacitación aprobado y ejecutado con enfoque en competencias técnicas.	cobertura del plan de capacitaciones											Indicador de desempeño para evaluar si se están alcanzando los objetivos de participación en las formaciones del Plan Institucional de Capacitación.
		2. Evaluaciones de desempeño aplicadas conforme a la normatividad vigente.		90%	90%		75,49	100	78,75	93,36	86,9	100%	En cumplimiento con lo proyectado en el Plan Institucional de Capacitaciones PIC de la presente vigencia, fueron convocados para el cuarto trimestre 2025 un total de 527 funcionarios a diferentes capacitaciones de los cuales asistieron 492, (Teniendo en cuenta que algunos colaboradores de la entidad repiten capacitaciones conforme a la pertinencia de los temas a desarrollar, por lo tanto se tiene en cuenta las personas que asisten y que se registran en la planilla de asistencia) con un porcentaje de cobertura al plan de capacitaciones del 93.3% entre persona de las áreas asistenciales, administrativas y de apoyo, las cuales estaban previamente inscritas.	
	3. Informe de evaluación con acciones de mejora implementadas.											El porcentaje de cobertura fue óptimo, logrando capacitar al personal de planta y contrato, asistencial y administrativo de la institución, manteniendo un resultado positivo frente a los trimestres anteriores.		
	Programas de Educación para la Salud: Ofrecer programas educativos sobre prevención de enfermedades	1. Programación de actividades de capacitación en prevención, manejo de condiciones crónicas y promoción de la salud.	Nro. capacitaciones realizadas/ programadas	100	100%	Gestión de Urgencias y Obstetricia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Durante el tercer trimestre de 2025 se realizaron diferentes jornadas educativas, de las cuales se destacan los siguientes temas: · Emergencias obstétrica https://www.facebook.com/photo/?fbid=822809114030277&set=a.119374421040420&locale=es_LA · Hernia https://www.facebook.com/photo/?fbid=841938342117354&set=a.119374421040420&locale=es_LA ·	

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Mejorar la eficiencia y eficacia en los proceso de Atención.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	s, manejo de condiciones crónicas y promoción de la salud, tanto en el hospital como en la comuni dad.	realizadas a usuarios y sus familias. 3. Evaluación del impacto de los programas educativos en la comunidad.											
	Realizar seguimiento a la efectividad clínica de los egresos hospitalarios.	1. Informe consolidado de registros de llamadas y seguimiento a pacientes egresados de cirugías ambulatorias y hospitalización. 2. Acciones de mejora formuladas e implementadas según los hallazgos del seguimiento	Porcentaje de usuarios satisfechos con el buen trato brindado.	100	90	Profesional universitario SIAU	94,13	94,63	92,94	94,4	94,0	100%	Durante el I trimestre se encuestaron 1.673 usuarios, de los cuales 1.579 reflejaron estar satisfechos con el trato brindado. Se encuestaron de los siguientes servicios: · Consulta externa · Hospitalización · Urgencias · Imagenología · Cirugía · Banco de sangre · Laboratorio GCC · Rehabilitación
	Atención Integral y Coordinada para abordar todas las necesidades del paciente, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación.	Evaluación de historias clínicas mediante el informe de medición de la adherencia a través de las rondas de Seguridad del paciente.	No. De informes de medición presentados	4,0	4	Profesional especializado de Calidad	1	1		1	2	50%	Se evidencia Acta No 330 de diciembre 2025 en la cual se realiza la evaluación de historias clínicas en ronda de seguridad

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Implementar un Sistema Eficiente de Gestión e inversión de Recursos físicos y Logística	Construcción, remodelación, adecuación del Hospital Departamental al María Inmaculada ESE, de Florencia Caquetá. Acorde a las necesidades de servicios plan teadas.	1. Proyecto	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación	100	0	0	0	100	100%	El indicador se cumplió al 100%. El proyecto fue formulado desde vigencias anteriores y logro la viabilidad técnica en 2023, mismo año en el que el Ministerio de Salud le asigno recursos
		2. Licencias y permisos de construcción gestionados.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		90	10	0	0	100	100%	El indicador se cumplió al 100%. Se finalizo los trámites correspondientes con la obtención de las licencias para el inicio de la construcción
		3. Obras ejecutadas según cronograma y especificaciones técnicas.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	15%		0	0,5	0,37	0,010	0,029	19%	El proyecto cuenta con avance físico del 2,9%
	Gestión para la Adquisición de equipos biomédicos para el fortalecimiento de servicios del Hospital Departamental al María Inmaculada ESE, de Florencia Caquetá.	1. Inventario actualizado de necesidades de equipos biomédicos.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	0	0	0	100	100%	El indicador se cumplió al 100%. Se realizo el diagnostico pertinente y se identificaron los equipos biomédicos que el Hospital Departamental María Inmaculada ESE necesita de renovar o actualizar
	Mejoramiento de la infraestructura física de los servicios asistenciales y áreas administrativas de la Torre actual y	1. Diagnóstico de necesidades de infraestructura realizado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	0	0	0	100	100%	El indicador se cumplio al 100%. Se realizó la adecuación de los servicios, habilitación de Internación 4

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	Centros de salud.												
	Implementación del servicio de ONCOLOGIA, con su CENTRAL DE MEZCLAS, del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	1. Infraestructura y equipamiento para oncología instalados.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		0	100	0	0	100	100%	La infraestructura y equipamiento para oncología se encuentran instalados.
		2. Servicio de oncología en operación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		0	0	100	0	100	100%	En acuerdo de socialización de propuesta por las EAPB
	Mejoramiento de la infraestructura de red de datos del Hospital María Inmaculada y sus centros de salud.	1. Diagnóstico de necesidades tecnológicas realizado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	0	0	0	100	100%	El indicador se cumplió al 100%. Se realizó el diagnóstico pertinente y se identificaron los equipos que se requieren para el Hospital Departamental María Inmaculada ESE
	Gestión de proyectos para el mejoramiento de la infraestructura de los Centros y Puestos de Salud Adscritos al HDMI.	1. Diagnóstico de necesidades elaborado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		50	50	0	0	100	100%	El indicador se cumplió al 100%. Se realizó el diagnóstico a las diferentes infraestructuras (puestos de salud y centros de salud) del HDMI en el cual se evidenció la necesidad de estructurar proyectos para realizar adecuaciones
		2. Proyectos de mejoramiento formulados	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		20	20	1	3	7	100%	Se realizó la formulación de un proyecto: 1. ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL CENTRO DE SALUD MORELIA EN EL CASCO URBANO EN FASE 2 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA EN EL MUNICIPIO DE MORELIA, DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ 2. ADECUACIÓN MENOR DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL PUESTO DE SALUD REINA BAJA DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA 3. ADECUACIÓN MENOR DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL PUESTO DE SALUD SAN ISIDRO DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
		3. Proyectos de mejoramiento ejecutados.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	90		0	0	0	0,05	0,05	3%	En el cuarto trimestre se esta realizando la ejecución de proyectos de mejoramiento de infraestructura.
	Adquisición y reposición de tecnologías de la información (equipos de cómputo, servidores, almacenamiento, licenciamientos, impresoras entre otros).	1. Equipos de TI adquiridos e instalados.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	100	100	100	100	100%	Durante el cuarto trimestre, el HDML adelantó diversas adquisiciones y contrataciones orientadas al fortalecimiento tecnológico y operativo de la entidad, entre las cuales se destacan: · 6 computadores – OC6276 · 6 monitores – OC6276 Estas adquisiciones representaron una inversión total de \$47.000.000
		2. Infraestructura de software y hardware actualizada.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	100	100	100	100	100%	El sistema de información dinámica gerencial se encuentra con la actualización en producción del 13-11-2025
		Gestión para Reordenamiento Hospitalario de la infraestructura actual del Hospital Departamental María Inmaculada ESE de Florencia Caquetá	1. Plan de reordenamiento hospitalario realizado e implementado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	80		0	0	0	0	0	0%
	Gestión de la CONSTRUCCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE AGUA BONITA - MUNICIPIO LA MONTAÑITA, ETCR AGUA BONITA	1. Proyecto técnico aprobado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		0	0	0	0	0	0%	El Ministerio de Salud no aceptó la presente iniciativa en el Plan bienal de Salud argumentando que la iniciativa no se encuentra registrada en el PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ
		2. Puesto de salud construido y en funcionamiento.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		0	0	0	0	0	0	0%
	Remodelación PUESTO DE SALUD DE	1. Diagnóstico de infraestructura realizado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	0	0	0	100	100%	El indicador se cumplio al 100%

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	BOLIVIA - MUNICIPIO DE MORELIA	2. Obras de remodelación ejecutadas.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		0	100	0	0	100	100%	El indicador se cumplio al 100%
	Gestión para adquisición del parque automotor administrativo del Hospital Departamental Maria Inmaculada ESE.	1. Vehículos administrativos gestionado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		0	30	50	50	100	100%	Se realizo la formulación y radicación del siguiente proyecto de inversión: 1. Fortalecimiento del servicio de transporte asistencial mediante la adquisición de ambulancias para el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, en el municipio de Florencia, departamento del Caquetá El cual se encuentra esperando que el Ministerio de Salud le asigne recursos para su adquisición.
	Adecuación, mantenimiento y Certificación de BPM (Buenas Prácticas de manufactura) de gases medicinales (oxígeno y aire comprimido), del Hospital Departamental Maria Inmaculada ESE.	1. Infraestructura de gases medicinales certificada bajo BPM.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	0	0	0	100	100%	Proyecto ejecutado en 2024
	Certificación en BPM y Operación de la planta productora de Oxigeno medicinal en el Hospital Departamental Maria Inmaculada ESE.	1. Planta productora de oxígeno certificada en BPM.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	0	0	0	100	100%	Proyecto ejecutado en 2024

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	Unificación y Actualización del Sistema de Información Software Administrativo, Financiero y Asistencial (Historia Clínica) del Hospital Departamental María Inmaculada y sus centros de salud.	1. Sistema de información hospitalario actualizado y funcionando.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	N/A	100		100	0	0	0	100	100%	Proyecto ejecutado en 2024

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Expandir el portafolio de servicios especializados a alta complejidad.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Desarrollar, mejorar e Implementar un Plan de Expansión de Servicios Especializados.	Ofertar nuevos servicios de mediana y alta complejidad que demande la población y/o Usuarios	1. REPS actualizado por cada servicio de salud que se apertura para su habilitación	REPS actualizado y/o con novedades realizadas con constancia de habilitación.	N/A	100%	profesional especializado Gestión de calidad	100	100	100	100	100	100%	REPS actualizado con constancia de habilitación 02/12/2025
		2. Portafolio de servicios	Portafolio de servicios actualizado y publicado	N/A	4	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación	1	1	1	1	1	100%	Portafolio de servicios actualizado
		1. REPS actualizado por cada servicio de salud que se apertura para su habilitación	Ofertas presentadas a las EAPB debidamente actualizadas con todos lo servicios prestados por el HDMI	N/A	4		1	1	1	1	4	100%	Se realizó oferta detallada de servicios de acuerdo a las negociaciones realizadas con las siguientes EAPB: FOMAG, SANITAS, COLSANITAS. Los anexos fueron remitidos mediante correo electrónico en formato excel de acuerdo con los formatos establecidos por dichas entidades.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

% de cumplimiento Perspectiva Clientes: 92%



Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá**, Diagonal 20 # 7 - 29

 (608) 436 6464  www.hmi.gov.co  ventanillaunica@hmi.gov.co

Perspectiva

Procesos Internos

Políticas

- Política del sistema integrado de gestión
- Política de comunicaciones
- Política de Humanización.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Fortalecimiento de la cultura de seguridad.	Seguimiento a los eventos que vulneren la seguridad del paciente y medición de adherencia a protocolos.	1. Análisis de eventos adversos conforme al programa de seguridad del paciente, con identificación de causas y medidas correctivas. 2. Informe anual de seguridad del paciente, con evaluación de tendencias, incidentes y acciones implementadas. 3. Indicadores de seguridad diseñados y analizados, reflejando el cumplimiento de protocolos y áreas de mejora. 4. Plan de acción basado en hallazgos, con estrategias correctivas y seguimiento a la implementación (semestral). 5. Seguimiento a los avances del programa de Seguridad del Paciente a través del Comité.	Proporción de Pacientes no Identificados Correctamente	1,50	1	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0,22	0,10	0,10	0,07	0,12	100%	Durante el mes de Octubre de 2025, se registró un total 3559 egresos hospitalarios de los cuales se evidencian 2 pacientes sin manilla de identificación, detectados mediante búsquedas activas y pasivas, estos casos corresponden al servicio de cirugía. Los casos fueron corregidos de forma inmediata y se realizó retroalimentación al personal involucrado para fortalecer el cumplimiento del protocolo. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continúa con la socialización del protocolo institucional de identificación y se mantienen acciones permanentes de sensibilización dirigidas al personal asistencial, enfatizando la importancia de la aplicación rigurosa de estas medidas como estrategia fundamental para prevenir eventos adversos relacionados con errores en la identificación de pacientes. Durante el mes de NOVIEMBRE de 2025, se registró un total 3.380 egresos hospitalarios de los cuales se evidencian 2 pacientes sin manilla de identificación, detectados mediante búsquedas activas y pasivas, estos casos corresponden al servicio de unidad mental y internacion II. Los casos fueron corregidos de forma inmediata y se realizó retroalimentación al personal involucrado para fortalecer el cumplimiento del protocolo. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continúa con la socialización del protocolo institucional de identificación y se mantienen acciones permanentes de sensibilización dirigidas al personal asistencial, enfatizando la importancia de la aplicación rigurosa de estas medidas como estrategia fundamental para prevenir eventos adversos relacionados con errores en la identificación de pacientes. Durante el mes de DICIEMBRE de 2025, se registró un total 3.030 egresos hospitalarios de los cuales se evidencian 3 pacientes sin manilla de identificación, detectados mediante búsquedas activas y pasivas, estos casos corresponden al servicio de: 1 UNIDAD MENTAL 1 GINECO- OBSTETRICIA 1 HOSPITALIZACION TRANSITORIA Los casos fueron corregidos de forma inmediata y se realizó retroalimentación al personal involucrado para fortalecer el cumplimiento del protocolo. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continúa con la socialización del protocolo institucional de identificación y se mantienen acciones permanentes de sensibilización dirigidas al personal asistencial, enfatizando la importancia de la aplicación rigurosa de estas medidas

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													como estrategia fundamental para prevenir eventos adversos relacionados con errores en la identificación de pacientes.
			Tasa De Eventos Adversos Institucional	10,0	8		11,51	8,02	9,65	7,19	9,09	86%	La tasa de eventos adversos con relación al número de egresos para el mes de octubre de 2025 es de 6,46 dando cumplimiento a la meta nominal del indicador. Durante el mes evaluado se presentaron 3559 egresos y en total se clasificaron como eventos adversos 23 sucesos reportados por el aplicativo, los cuales fueron analizados mediante protocolo de Londres o espina de pescado según corresponda y clasificados como eventos adversos (17 prevenibles y 6 no prevenibles). Desde el Programa de seguridad del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. La tasa de eventos adversos con relación al número de egresos para el mes de noviembre de 2025 es de 6,46 dando cumplimiento a la meta nominal del indicador, durante el mes evaluado se presentaron 3380 egresos y en total se clasificaron como eventos adversos 31 sucesos reportados por el aplicativo, los cuales fueron analizados mediante protocolo de Londres o espina de pescado según corresponda y clasificados como eventos adversos (26 prevenibles y 5 no prevenibles). Desde el Programa de seguridad del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. La tasa de eventos adversos con relación al número de egresos para el mes de diciembre de 2025 es de 5,94 dando cumplimiento a la meta nominal del indicador, durante el mes evaluado se presentaron 3030 egresos y en total se clasificaron como eventos adversos 18 sucesos reportados por el aplicativo, los cuales fueron analizados mediante protocolo de Londres o espina de pescado según corresponda y clasificados como eventos adversos prevenibles. Desde el Programa de seguridad

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.
			Razón de Eventos de Seguridad	15,00	10		5,37	4,59	3,50	4,81	4,57	100%	Durante el mes de OCTUBRE de 2025, se notificaron mediante el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos, una totalidad de 106 incidentes y 23 eventos adversos. Sin embargo, desde el programa de seguridad del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.La razón de eventos de seguridad para el periodo evaluado es de 4,55; es decir que, por cada 4 incidentes aproximadamente, se materializa 1 evento adverso, resultado que permanece por debajo de la meta mínima establecida del indicador. Durante el mes de Noviembre de 2025, se notificaron mediante el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos, una totalidad de 141 incidentes y 31 eventos adversos. Sin embargo, desde el programa de seguridad del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. La razón de eventos de seguridad para el periodo evaluado es de 5,28; es decir que, por cada 5 incidentes aproximadamente, se materializa 1 evento adverso, resultado que permanece por debajo de la meta mínima establecida del indicador. Durante el mes de Diciembre de 2025, se notificaron mediante el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos, una totalidad de 95 incidentes y 18 eventos adversos. Sin embargo, desde el programa de seguridad del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.
			Tasa de Infección intrahospitalaria	0,02	0,02	Profesional universitario Epidemiología	0,31	0,28	0,14	0,10	0,19	100%	Durante el periodo se detectaron (2) dos infecciones Asociada al Cuidado de la Salud las cuales fueron: ISQ POS POMEROY (Un caso) ISQ POS CESAREA (Un caso) Durante el periodo no se detectaton infecciiones Asociadas al Cuidado de la Salud. Durante el periodo evaluado se detectaron dos (2) infecciones Asociadas al cuidado de la Salud las cuales fueron ISQ POS CESAREA (2)
			Razón de Mortalidad Materna	15	15		0	0	0	0,0	0,00	100%	No se notificaron casos de muerte materna para el periodo reportado.
			Evaluación De Aplicación De Guía En El Manejo De Los Trastorno Hipertensivos En Gestantes	90,0	80	Profesional Especializado Gestión de Calidad	86	86,78	89,81	81,8	86,10	100%	Durante el cuarto trimestre del año 2025, se evaluaron un total de 73 historias clínicas de pacientes que presentaron cifras tensionales fuera de los rangos esperados o con tendencia a la hipertensión. De estas, 19 historias clínicas cumplieron con los criterios de severidad establecidos para la aplicación de la lista de verificación correspondiente al manejo de trastornos hipertensivos en el embarazo. El porcentaje de adherencia calculado fue del 82%, valor que para este trimestre presenta un descenso considerable con respecto al trimestre anterior, ubicándose por debajo de la meta nominal establecida por la institución. Dentro de los principales hallazgos, se identificó ausencia en la descripción detallada y orientada del examen físico, la monitorización de parámetros clínicos importantes como los reflejos osteotendinosos, gasto urinario, frecuencia respiratoria y estado neurológico y el inicio oportuno de Labetalol en los casos en los que no se logró alcanzar el objetivo terapéutico de presión arterial durante la primera hora. Desde la oficina de seguridad del paciente se realiza trimestralmente retroalimentación de los hallazgos del presente análisis al personal encargado de brindar

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													atención a mujeres gestantes. Lo anterior con el fin de mitigar los riesgos que de esta atención se deriven y disminuir la tasa de morbilidad materno perinatal.
			Evaluación de aplicación de guía en el manejo del código rojo y/o hemorragias del III trimestre en gestantes	90,0	80		79,31	87,77	86,84	85,63	84,89	100%	En el cuarto trimestre del año 2025, se evaluaron en su totalidad las historias clínicas de 10 mujeres que presentaron hemorragia obstétrica. Se evidenció que 6 de estas cumplían con los criterios establecidos en la guía para el manejo de la hemorragia obstétrica "código rojo", y todas cursaban con una edad gestacional mayor a 27 semanas. El valor de adherencia calculado para este trimestre fue del 86%, lo que evidencia una disminución de un punto porcentual en comparación con el tercer trimestre del año, manteniéndose aún por debajo de la meta nominal establecida por la institución. Dentro de los principales hallazgos se identificaron deficiencias en el registro clínico, especialmente en aspectos críticos del manejo inicial de la hemorragia obstétrica. Se evidenció la ausencia de documentación en acciones como la clasificación del tipo de shock, elevación de los miembros inferiores a 15°, realización de masaje uterino bimanual, registro de la diuresis horaria, administración y evaluación de bolos de cristaloides, infusión continua posterior al alcance de metas de tensión arterial sistólica, así como la colocación de mantas térmicas e inicio de antibioticoterapia. Desde la oficina de seguridad del paciente se realiza retroalimentación de los resultados de este análisis de manera trimestral con el personal encargado de la atención de las pacientes gestantes, a fin de establecer planes de mejora que den lugar a lograr una atención segura y oportuna a las pacientes gestantes.
			Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad.	0,08%	0,80%	Profesional Universitario Bacteriólogo	0,05	0,06	0,07	0,05	0,06	100%	Para el mes de Octubre de 2025, se tomaron 36091 muestras. Para el mes, se encontró un registro de 0.04% de muestras rechazadas. El indicador cumple con la muestra establecida y no tiene brecha. Se evidencia una disminución en el reporte realizado del formato Inspección de muestras LC-F-41. A pesar que aún se encuentra un grave subregistro de reportes de rechazo de muestras evidenciado por el histórico que se maneja

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													que está por encima del 0.1%, esto es debido a que el personal Auxiliar manifiesta todos los meses no tener tiempo, debido a bloqueos en el sistema, pues deben ingresar muchos exámenes de manera manual en la plataforma Annar, generando largos procesos que no les permite realizar otras actividades. Adicional tenemos la novedad del ingreso de personal auxiliar de laboratorio nuevo. Para el mes de Noviembre de 2025, se tomaron 31438 muestras. Para el mes, se encontró un registro de 0.03% de muestras rechazadas. El indicador cumple con la muestra establecida y no tiene brecha. Se evidencia una disminución en el reporte realizado del formato Inspección de muestras LC-F-41. A pesar que aún se encuentra un grave subregistro de reportes de rechazo de muestras evidenciado por el histórico que se maneja que está por encima del 0.1%, esto es debido a que el personal Auxiliar manifiesta todos los meses no tener tiempo, debido a bloqueos en el sistema, pues deben ingresar muchos exámenes de manera manual en la plataforma Annar, generando largos procesos que no les permite realizar otras actividades. Adicional tenemos la novedad del ingreso de personal auxiliar de laboratorio nuevo. Para el mes de Diciembre de 2025, se tomaron 29309 muestras. Para el mes, se encontró un registro de 0.07 % de muestras rechazadas. El indicador cumple con la muestra establecida y no tiene brecha. Se evidencia una disminución en el reporte realizado del formato Inspección de muestras LC-F-41. A pesar que aún se encuentra un grave subregistro de reportes de rechazo de muestras evidenciado por el histórico que se maneja que está por encima del 0.1%, esto es debido a que el personal Auxiliar manifiesta todos los meses no tener tiempo, debido a bloqueos en el sistema, pues deben ingresar muchos exámenes de manera manual en la plataforma Annar, generando largos procesos que no les permite realizar otras actividades. Adicional tenemos la novedad del ingreso de personal auxiliar de laboratorio nuevo.
			Proporción de flebitis asociada a catéter periférico	1,50	1,00	Profesional Especializado Gestión de calidad	0,17	0,09	0,14	0,03	0,11	100%	Durante el mes evaluado de un total de 3559 egresos hospitalarios, se identificaron mediante Búsqueda activa y pasiva; 1 flebitis las cuales corresponden al siguiente servicio (1 casos en servicio de INTERNACION II) Clasificados como eventos adversos prevenibles. Sin embargo, este dato puede variar siendo posible el no

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													reporte de la totalidad de las flebitis mediante el aplicativo de eventos y tampoco detectadas en las BAI; lo anterior implicaría un subregistro del evento. Es importante destacar que el equipo de salud continúa fortaleciendo las estrategias de vigilancia epidemiológica mediante la búsqueda activa de casos, lo que permite una detección más oportuna y precisa, y facilita intervenciones tempranas para mejorar la calidad de la atención, de forma complementaria, se desarrollan actividades educativas orientadas a la prevención de la flebitis, conforme al protocolo institucional, y se promueve una cultura del reporte no punitiva, que contribuye a la mejora continua en la prestación de servicios de salud seguros y humanizados. Durante el mes evaluado de un total de 3380 egresos hospitalarios, se identificaron mediante Búsqueda activa y pasiva; 2 flebitis las cuales corresponden al servicio de hospitalización transitoria Clasificados como eventos adversos prevenibles. Sin embargo, este dato puede variar siendo posible el no reporte de la totalidad de las flebitis mediante el aplicativo de eventos y tampoco detectadas en las BAI; lo anterior implicaría un subregistro del evento. Es importante destacar que el equipo de salud continúa fortaleciendo las estrategias de vigilancia epidemiológica mediante la búsqueda activa de casos, lo que permite una detección más oportuna y precisa, y facilita intervenciones tempranas para mejorar la calidad de la atención, de forma complementaria, se desarrollan actividades educativas orientadas a la prevención de la flebitis, conforme al protocolo institucional, y se promueve una cultura del reporte no punitiva, que contribuye a la mejora continua en la prestación de servicios de salud seguros y humanizados. Durante el mes evaluado, de un total de 3.030 egresos hospitalarios, mediante los mecanismos de búsqueda activa y pasiva no se identificaron eventos de flebitis reportados, por lo cual no se registran eventos adversos asociados a este indicador en los servicios evaluados. No obstante, es importante considerar que este resultado puede estar sujeto a variaciones, dado que existe la posibilidad de subregistro, ya sea por la no notificación de la totalidad de los casos a través del aplicativo de eventos o por la no detección durante las Búsquedas Activas Institucionales (BAI). El equipo de salud continúa fortaleciendo las estrategias de vigilancia

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													epidemiológica, especialmente mediante la búsqueda activa de casos, lo cual permite una detección más oportuna y precisa, facilitando la implementación de intervenciones tempranas orientadas a la mejora de la calidad de la atención. De manera complementaria, se desarrollan actividades educativas enfocadas en la prevención de la flebitis, de acuerdo con el protocolo institucional, y se promueve una cultura de reporte no punitiva, que contribuye al fortalecimiento de servicios de salud seguros y humanizados.
			Proporción de fuga de pacientes	1,00	0,50		0,267	0,2	0,14	0,25	0,22	100%	Durante el mes de Octubre de 2025, la proporción de fuga de pacientes en la institución fue de 0,11 por cada 100 egresos hospitalarios, cumpliendo con la meta establecida para el indicador, este valor corresponde a 4 eventos de fuga registrados sobre un total de 3559 egresos hospitalarios, las cuales corresponden a los siguientes servicios: Observación urgencias: 2 clasificada como INCIDENTE- 2 Clasificados como EVENTO ADVERSO PREVENIBLE Como parte del compromiso institucional con la seguridad del paciente, se continúa implementando acciones educativas dirigidas al personal asistencial, enfocadas en la prevención y manejo oportuno de eventos de fuga, de acuerdo con lo establecido en el protocolo institucional. Además, se trabaja en el fortalecimiento del sistema de reporte de eventos, promoviendo una cultura del reporte no punitiva, que fomente la participación del equipo de salud y contribuya a la mejora continua en la prestación de servicios de salud seguros, eficaces y humanizados. Durante el mes de Noviembre de 2025, la proporción de fuga de pacientes en la institución fue de 0,41 por cada 100 egresos hospitalarios, cumpliendo con la meta establecida para el indicador, este valor corresponde a 15 eventos de fuga registrados sobre un total de 3380 egresos hospitalarios, las cuales corresponden a los siguientes servicios: 1 UNIDAD MENTAL: Clasificada como INCIDENTE 2 HOSPITALIZACION TRANSITORIA: Clasificado como EVENTO ADVERSO PREVENIBLE- INCIDENTE 1 GINECO- OBSTETRICIA: Clasificada como INCIDENTE 11 OBSERVACION: 10 Clasificados como EVENTO ADVERSO PREVENIBLE- 1 INCIDENTE Como parte del compromiso institucional con la seguridad del paciente, se continúa implementando acciones educativas dirigidas al personal asistencial, enfocadas en la prevención y manejo oportuno de eventos de fuga, de acuerdo con lo establecido en el protocolo institucional.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													Además, se trabaja en el fortalecimiento del sistema de reporte de eventos, promoviendo una cultura de reporte no punitiva, que fomente la participación del equipo de salud y contribuya a la mejora continua en la prestación de servicios de salud seguros, eficaces y humanizados. Durante el mes de Diciembre de 2025, la proporción de fuga de pacientes en la institución fue de 0,41 por cada 100 egresos hospitalarios, cumpliendo con la meta establecida para el indicador, este valor corresponde a 6 eventos de fuga registrados sobre un total de 3030 egresos hospitalarios, las cuales corresponden a los siguientes servicios: 1 INTERNACION II: Clasificada como INCIDENTE 5 OBSERVACION URGENCIAS: 3 Clasificados como EVENTO ADVERSO PREVENIBLE- 2 Clasificados como INCIDENTE Como parte del compromiso institucional con la seguridad del paciente, se continúa implementando acciones educativas dirigidas al personal asistencial, enfocadas en la prevención y manejo oportuno de eventos de fuga, de acuerdo con lo establecido en el protocolo institucional. Además, se trabaja en el fortalecimiento del sistema de reporte de eventos, promoviendo una cultura del reporte no punitiva, que fomente la participación del equipo de salud y contribuya a la mejora continua en la prestación de servicios de salud seguros, eficaces y humanizados.
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	0,15	0,05		0	0	0	0,0	0,00	100%	Durante el mes de octubre de 2025, se atendieron 3.126 personas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. En este periodo, no se registraron caídas en el aplicativo de eventos adversos, lo cual indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para este indicador, así como la efectividad de las estrategias de prevención implementadas. En este sentido, desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene el compromiso con la vigilancia activa a través de las visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI), y se continúa fortaleciendo la sensibilización del personal misional sobre la importancia de reforzar e implementar de manera sostenida las medidas preventivas orientadas a evitar caídas en este contexto asistencial. Durante el mes de NOVIEMBRE de 2025, se atendieron 2.800 personas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. En este periodo, no se registraron caídas en el aplicativo de eventos adversos, lo cual indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para este indicador, así como la efectividad

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													de las estrategias de prevención implementadas. En este sentido, desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene el compromiso con la vigilancia activa a través de las visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI), y se continúa fortaleciendo la sensibilización del personal misional sobre la importancia de reforzar e implementar de manera sostenida las medidas preventivas orientadas a evitar caídas en este contexto asistencial. Durante el mes de Diciembre de 2025, se atendieron 2.343 personas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, en este periodo, no se registraron caídas en el aplicativo de eventos adversos, lo cual indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para este indicador, así como la efectividad de las estrategias de prevención implementadas. En este sentido, desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene el compromiso con la vigilancia activa a través de las visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI), y se continúa fortaleciendo la sensibilización del personal misional sobre la importancia de reforzar e implementar de manera sostenida las medidas preventivas orientadas a evitar caídas en este contexto asistencial.
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0,15	0,05		0	0	0	0,0	0,00	100%	Durante el mes de Octubre de 2025, se atendieron 1.974 personas en el servicio de consulta externa, sin que se registraran eventos de caída en el aplicativo institucional, este resultado indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para el indicador y sugiere que las estrategias de seguridad orientadas a la prevención de caídas han sido efectivas durante el periodo analizado. En coherencia con este objetivo, desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene activa la realización de visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI) y se continúa con las acciones de sensibilización al personal misional, con el fin de fortalecer la implementación y sostenibilidad de las medidas preventivas frente al riesgo de caídas en este nivel de atención. Durante el mes de NOVIEMBRE de 2025, se atendieron 1.679 personas en el servicio de consulta externa, sin que se registraran eventos de caída en el aplicativo institucional, este resultado indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para el indicador y sugiere que las estrategias de seguridad orientadas a la prevención de caídas han sido efectivas durante el periodo analizado. En coherencia con este objetivo, desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene activa

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													la realización de visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI) y se continúa con las acciones de sensibilización al personal misional, con el fin de fortalecer la implementación y sostenibilidad de las medidas preventivas frente al riesgo de caídas en este nivel de atención. Durante el mes de DICIEMBRE de 2025, se atendieron 1.538 personas en el servicio de consulta externa, sin que se registraran eventos de caída en el aplicativo institucional, este resultado indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para el indicador y sugiere que las estrategias de seguridad orientadas a la prevención de caídas han sido efectivas durante el periodo analizado. En coherencia con este objetivo, desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene activa la realización de visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI) y se continúa con las acciones de sensibilización al personal misional, con el fin de fortalecer la implementación y sostenibilidad de las medidas preventivas frente al riesgo de caídas en este nivel de atención.
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	2,00	1,00		0,083	0	0	0,0	0,02	100%	Durante el mes de Octubre 2025, se atendieron 3971 usuarios en el servicio de urgencias, en este periodo, no se registraron caídas a través del aplicativo institucional para el reporte y gestión de eventos adversos, lo que representa el cumplimiento de la meta establecida para el indicador. A pesar de estos resultados positivos, desde el programa de Seguridad del Paciente, se continúa retroalimentando al personal sobre la importancia de educar al paciente y familiar, la implementación de la escala de valoración del riesgo de caídas e identificación de los pacientes con dicho riesgo de caídas. Durante el mes de Noviembre 2025, se atendieron 3737 usuarios en el servicio de urgencias, en este periodo, no se registraron caídas a través del aplicativo institucional para el reporte y gestión de eventos adversos, lo que representa el cumplimiento de la meta establecida para el indicador. A pesar de estos resultados positivos, desde el programa de Seguridad del Paciente, se continúa retroalimentando al personal sobre la importancia de educar al paciente y familiar, la implementación de la escala de valoración del riesgo de caídas e identificación de los pacientes con dicho riesgo de caídas. Durante el mes de diciembre 2025, se atendieron 3663 usuarios en el servicio de urgencias, en este periodo, no se registraron caídas a través del aplicativo institucional

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													para el reporte y gestión de eventos adversos, lo que representa el cumplimiento de la meta establecida para el indicador. A pesar de estos resultados positivos, desde el programa de Seguridad del Paciente, se continúa retroalimentando al personal sobre la importancia de educar al paciente y familiar, la implementación de la escala de valoración del riesgo de caídas e identificación de los pacientes con dicho riesgo de caídas.
			Proporción de adherencia a protocolos	92,00	90,00		0	88	0	91,0	89,50	99%	Durante el segundo semestre de 2025, la proporción global de adherencia a los protocolos de Seguridad del Paciente fue del 91%, resultado obtenido a partir de la evaluación de 11 protocolos institucionales. Este desempeño no evidencia una variabilidad significativa en comparación con el mismo periodo de 2024, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar las acciones de mejora continua para lograr avances sostenidos. En el análisis desagregado por protocolo, se identificó un desempeño óptimo en Seguridad quirúrgica del paciente (100%), Seguridad en la administración de medicamentos (99%), Consentimiento informado (94%), Acción ante una fuga (94%), Lavado de manos (91%), Prevención de úlceras por presión (91%) y Prevención de caídas (90%). Estos resultados superan la media institucional y reflejan un cumplimiento adecuado de prácticas críticas orientadas a la seguridad del paciente. No obstante, se evidencian oportunidades de mejora en los protocolos de Toma de muestras (88%), Canalización, mantenimiento y retirada de catéter (87%), Identificación redundante del paciente (86%) y Aislamiento de pacientes (79%), cuyos niveles de adherencia se encuentran por debajo del promedio global, lo que podría incrementar el riesgo de incidentes y eventos adversos. Desde el Programa de Seguridad del Paciente, se continúa con la implementación de estrategias de retroalimentación individual y grupal, así como la socialización de acciones orientadas a la disminución de incidentes y eventos adversos. Como parte del plan de mejora, se encuentran en desarrollo capacitaciones específicas para la actualización y socialización de los protocolos, con el objetivo de unificar criterios, reforzar buenas prácticas y aumentar el nivel de cumplimiento en las áreas donde se han identificado brechas.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
			Tasa de úlceras por presión	0,50	0,10		0,23	0,64	0,25	0,26	0,35	100%	Durante el mes de Octubre de 2025, se cumplió con la meta del indicador, establecida en un valor máximo de (1,00), la institución registró una tasa de 0,43 calculada sobre un total de 9381 días de estancia, lo que representa un resultado positivo desde la perspectiva de calidad y seguridad del paciente, distribución de los casos reportados: En total, se identificaron 4 casos de úlceras por presión, distribuidos así: Ø 2 casos en UCIA: Eventos adversos prevenibles Ø 1 casos en INTERNACION II: Eventos adversos prevenible Ø 1 casos en HOSPITALIZACION TRANSITORIA: Eventos adversos prevenible Ø 2 casos NO APLICA: Extra-institucional Aunque el indicador se mantiene dentro de los límites aceptables y refleja un control positivo, los casos prevenibles evidencian la necesidad de fortalecer la cultura de prevención en servicios críticos, el seguimiento desde el programa de Seguridad del Paciente es clave para sostener y mejorar estos resultados. Durante el mes de Noviembre de 2025, se cumplió con la meta del indicador, establecida en un valor máximo de (1,00), la institución registró una tasa de 0,24 calculada sobre un total de 8233 días de estancia, lo que representa un resultado positivo desde la perspectiva de calidad y seguridad del paciente, distribución de los casos reportados: En total, se identificaron 2 casos de úlceras por presión, distribuidos así: Ø 2 casos en HOSPITALIZACION TRANSITORIA: Eventos adversos prevenible. Aunque el indicador se mantiene dentro de los límites aceptables y refleja un control positivo, los casos prevenibles evidencian la necesidad de fortalecer la cultura de prevención en servicios críticos, el seguimiento desde el programa de Seguridad del Paciente es clave para sostener y mejorar estos resultados. Durante el mes de Diciembre de 2025, se cumplió con la meta del indicador, establecida en un valor máximo de (1,00), la institución registró una tasa de 0,12 calculada sobre un total de 8368 días de estancia, lo que representa un resultado positivo desde la perspectiva de calidad y seguridad del paciente, distribución de los casos reportados: En total, se identificaron 3 casos de úlceras por presión: 1 en el servicio de INTERNACION III: Eventos adversos prevenible 2 EXTRAINSTITUCIONALES Aunque el indicador se mantiene dentro de los límites aceptables y refleja un control positivo, los casos

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													prevenibles evidencian la necesidad de fortalecer la cultura de prevención en servicios críticos, el seguimiento desde el programa de Seguridad del Paciente es clave para sostener y mejorar estos resultados.
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,50	0,05		0,30	0,66	0,25	0,31	0,38	100%	Durante el mes de octubre de 2025 se registraron 9.381 días de estancia en los servicios de hospitalización. Durante este periodo se reportaron 3 caídas en el servicio de hospitalización transitoria, de las cuales 2 fueron clasificadas como eventos adversos prevenibles y 1 como incidente sin daño. Este comportamiento refleja la adherencia del personal asistencial a las estrategias institucionales de prevención, tales como la educación continua a pacientes y familias sobre el riesgo de caídas, la aplicación oportuna de la escala de valoración, la adecuada identificación visual de pacientes en riesgo y la promoción de la cultura del reporte. No obstante, los eventos presentados en hospitalización transitoria resaltan la importancia de continuar fortaleciendo las acciones para la identificación temprana del riesgo y la implementación oportuna de medidas de control. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene el seguimiento permanente a estas acciones, con el propósito de mantener y mejorar los resultados en la prevención de caídas y demás eventos relacionados con la seguridad del paciente. Adicionalmente, se sigue impulsando la cultura del reporte como herramienta fundamental para la mejora continua, ya que el reporte oportuno de incidentes e indicadores permite detectar oportunidades de mejora, realizar análisis detallados y ejecutar acciones correctivas que contribuyen a minimizar el riesgo de caídas en el entorno hospitalario. Durante el mes de noviembre de 2025, se registraron 8233 días de estancia en los servicios de hospitalización, con base en estos datos, se obtuvo una tasa de caídas de 0, 49%, lo cual representa cumplimiento de la meta establecida para este indicador. Durante el periodo evaluado se presentaron 4 caídas, distribuidas de la siguiente manera: 2 caso en Hospitalización Transitoria: clasificados como incidente 2 caso en Unidad mental: clasificados como incidente Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continúa con la retroalimentación constante al personal asistencial, enfatizando en: La educación al paciente y su familia frente al riesgo de caídas. La aplicación obligatoria y

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													oportuna de la escala de riesgo de caída a la totalidad de los pacientes. La correcta identificación visual de pacientes con riesgo, según el protocolo institucional. Asimismo, se mantienen activas las visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI) y las actividades de sensibilización al personal misional sobre la importancia de la adherencia a los protocolos institucionales y la implementación de estrategias efectivas de prevención. Finalmente, se continúa promoviendo la cultura del reporte, reconociendo que es a través del reporte oportuno de incidentes y eventos adversos que se pueden identificar brechas, generar análisis y desarrollar acciones de mejora concretas que disminuyan la ocurrencia de caídas en los servicios hospitalarios. Durante el mes de diciembre de 2025, se registraron 8368 días de estancia en los servicios de hospitalización, Con base en estos datos, se obtuvo una tasa de caídas de 0,12%, lo cual representa cumplimiento de la meta establecida para este indicador. Durante el periodo evaluado se presentó 1 caída, distribuida de la siguiente manera: Hospitalización Transitoria, clasificado como incidente. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continúa con la retroalimentación constante al personal asistencial, enfatizando en: La educación al paciente y su familia frente al riesgo de caídas. La aplicación obligatoria y oportuna de la escala de riesgo de caída a la totalidad de los pacientes. La correcta identificación visual de los pacientes con riesgo, de acuerdo con el protocolo institucional. Asimismo, se mantienen activas las visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI) y las actividades de sensibilización al personal misional sobre la importancia de la adherencia a los protocolos institucionales y la implementación de estrategias efectivas de prevención. ✓
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutiveidad clínica y la seguridad del paciente.	1. Análisis de eventos adversos según el programa de seguridad del paciente. 2. Informe semestral sobre seguridad del paciente. 3. Diseño y/o análisis de indicadores de seguridad.	Porcentaje de pacientes con Estancia en el Servicio de Observación de urgencias mayor 24 hrs	26,14%	15%	Profesional Universitaria de Gestión de Urgencias y Obstetricia Servicio de	25,88	23,02	27,94	23,05	24,97	34%	En el mes de OCTUBRE hubo 3.654 pacientes en urgencias, de los cuales 750 superaron las 24 horas de estancia en el servicio, y corresponde al 20% disminuyo 5% con respecto al mes anterior, se supera la meta nominal que es 15%, esta informacion incluye pacientes ya definidos por una especialidad y tienen orden de hospitalizacion pero la institucion no cuenta con un numero suficiente de camas para poder trasladar el paciente de servicio una vez tiene orden de hospitalizar y se quedan en urgencias afectando este indicado, a esto se suma el cierre temporal de la UCI ADULTO la cual se deshabilito para mantenimiento de la red de oxigeno y

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
		4. Plan de acción basado en los hallazgos.											aire medicinal. En el mes de NOVIEMBRE hubo 3.455 pacientes en urgencias, de los cuales 875 superaron las 24 horas de estancia en el servicio, y corresponde al 25% AUMENTO 5% con respecto al mes anterior, se supera la meta nominal que es 15%, esta informacion incluye pacientes ya definidos por una especialidad y tienen orden de hospitalizacion pero la institucion no cuenta con un numero suficiente de camas para poder trasladar el paciente de servicio una vez tiene orden de hospitalizar y se quedan en urgencias afectando este indicador, a esto se suma el cierre temporal de la UCI ADULTO la cual se deshabilito para mantenimiento de la red de oxigeno y aire medicinal. En el mes de DICIEMBRE hubo 3.120 pacientes en urgencias, de los cuales 727 superaron las 24 horas de estancia en el servicio, y corresponde al 23.3% DISMINUYO 1.7 % con respecto al mes anterior, se supera la meta nominal que es 15%, esta informacion incluye pacientes ya definidos por una especialidad y tienen orden de hospitalizacion pero la institucion no cuenta con un numero suficiente de camas para poder trasladar el paciente de servicio una vez tiene orden de hospitalizar y se quedan en urgencias afectando este indicador, a esto se suma el cierre temporal de la UCI ADULTO la cual se deshabilito para mantenimiento de la red de oxigeno y aire medicinal.
			Oportunidad en la atención del triage II en urgencias	N/A	13	Profesional Universitaria de Gestión de Urgencias y Obstetricia	39,72	36,82	39,23	24,87	35,16	0%	En el mes de OCTUBRE el tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como TRIAGE II desde la solicitud de la atención hasta el momento en el cual es clasificado en TRIAGE fue de 23 minutos promedio, el tiempo de espera actual supera la meta, lo que indica un desempeño por debajo de lo esperado en la atención de pacientes clasificados como TRIAGE II, esto se debe al volumen en la demanda de pacientes que acuden al servicio de urgencias, además hay que tener en cuenta que en esta medición todos los pacientes aún no han sido clasificados por el triage. Sin embargo este promedio disminuyo 8 min con respecto al mes anterior, los tiempos mejoraron en sala de partos. No se cumplio con la meta nominal que es 13 min, para este mes fueron clasificados como TRIAGE II 598 pacientes, el número de pacientes disminuyo en 200 paciente comparado con el mes anterior, pasando de 798 en septiembre a 598 en octubre, se continua trabajando con el equipo de urgencias en el logro de la meta.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													En el mes de NOVIEMBRE el tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como TRIAGE II desde la solicitud de la atención hasta el momento en el cual es clasificado en TRIAGE fue de 26 minutos promedio, el tiempo de espera actual supera la meta, lo que indica un desempeño por debajo de lo esperado en la atención de pacientes clasificados como TRIAGE II, esto se debe al volumen en la demanda de pacientes que acuden al servicio de urgencias, además hay que tener en cuenta que en esta medición todos los pacientes aún no han sido clasificados por el triage. El promedio aumento 2 min con respecto al mes anterior. No se cumplio con la meta nominal que es 13 min, para este mes fueron clasificados como TRIAGE II 512 pacientes, el número de pacientes disminuyo en 80 paciente comparado con el mes anterior, pasando de 598 en octubre a 512 en noviembre, se continua trabajando con el equipo de urgencias en el logro de la meta. En el mes de DICIEMBRE el tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como TRIAGE II desde la solicitud de la atención hasta el momento en el cual es clasificado en TRIAGE fue de 24 minutos promedio, el tiempo de espera actual supera la meta, lo que indica un desempeño por debajo de lo esperado en la atención de pacientes clasificados como TRIAGE II, esto se debe al volumen en la demanda de pacientes que acuden al servicio de urgencias, además hay que tener en cuenta que en esta medición todos los pacientes aún no han sido clasificados por el triage. El promedio disminuyo 2 min con respecto al mes anterior. No se cumplio con la meta nominal que es 13 min, para este mes fueron clasificados como TRIAGE II 504 pacientes, el número de pacientes disminuyo en 8 paciente comparado con el mes anterior, pasando de 512 en noviembre a 504 en diciembre, se continua trabajando con el equipo de urgencias en el logro de la meta.
			INDICE DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESCENCIALES	N/A	90	Profesional Universitario Servicio Farmaceutico	0	0	95,35	96,0	95,66	100%	Se crea nuevo indicador a partir del mes de julio. OCTUBRE: De acuerdo a la medicion de existencias de medicamentos esenciales presentes en los servicios farmaceuticos del hdmí, y de acuerdo a los manejados en relacion con los consumos historicos y perfiles epidemiologicos (no todos se manejan en el hdmí, solamente 215 del listado normativo) de los cuales se tienen existencias de 205 en total. La meta nominal de indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													95.3%. Estamos dentro de los parametros de aceptacion. NOVIEMBRE: De acuerdo a la medicion de existencias de medicamentos escenciales presentes en los servicios farmaceuticos del hdmi, y de acuerdo a los manejados en relacion con los consumos historicos y perfiles epidemiologicos (no todos se manejan en el hdmi, solamente 215 del listado normativo) de los cuales se tienen existencias de 203 en total. La meta nominal del indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de 94.41%. Estamos dentro de los parametros de aceptacion. DICIEMBRE: De acuerdo a la medicion de existencias de medicamentos escenciales presentes en los servicios farmaceuticos del hdmi, y de acuerdo a los manejados en relacion con los consumos historicos y perfiles epidemiologicos (no todos se manejan en el hdmi, solamente 215 del listado normativo) de los cuales se tienen existencias de 211 en total. La meta nominal del indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de 98.13%. Estamos dentro de los parametros de aceptacion.
			Porcentaje de medicamentos e insumos pendientes por entregar de los listados básicos institucionales	1,74	2	Profesional Universitario químico Farmacéutico	2,26	1,64	1,10	1,09	1,52	100%	En el mes de OCTUBRE del 2025 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medicoquirurgicos manejados por el hospital departamental maria inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montañita y Union Peneya, se dejaron de entregar 11 productos dando un porcentaje de 1.23% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 durante el mes de OCTUBRE productos como: Furosemda, Hidroclorotiazida, Hidroxido de Aluminio, Ensure, Enoxaparina, Metformina, Enalapril, Jeringa Angiografia, Agua esteril, Levofloxacina, Trimetropim y Sucralfato. En el mes de NOVIEMBRE del 2025 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medicoquirurgicos manejados por el hospital departamental maria inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montañita y Union Peneya, se dejaron de entregar 11 productos dando un porcentaje de 1.13% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 durante el mes de NOVIEMBRE productos como: Furosemda, Heparina, Hidroxido de Aluminio, Hidroclorotiazida, Poliestereño, Acetaminofen

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													IV, Propanolol de 40mg, Fluoxetina, Sucralfato, Betametasona y Tamsulosina. En algunos casos se identifica medicamentos sin existencia en la institucion y en otros casos agotados en las farmacias que se suplieron con traslados entre ellas. En el mes de DICIEMBRE del 2025 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medicoquirurgicos manejados por el hospital departamental maria inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montañita y Union Peneya, se dejaron de entregar 9 productos dando un porcentaje de 0.92% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 durante el mes de DICIEMBRE productos como: Hidroxido de Aluminio, Sucralfato Tableta, Hidroclorotiazida Tableta, Furosemida 40mg Tableta, Cefalexina suspension, Cafeina Ampolla, Timolol Oftamico, Tubo trampa y Trimebutina Tableta. En algunos casos se identifica medicamentos sin existencia en la institucion y en otros casos agotados en las farmacias que se suplieron con traslados entre ellas. Sin embargo no se dejo descubierto el tratamiento del paciente.
			Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	0,93	0,95	Subgerente científico	0,99	0,96	0,95	0,96	0,96	100%	La gran mayoría de pacientes se realizaron dentro de los horarios establecidos . los dos pacientes que quedaron por fuera del horario no presentaron ninguna complicacion . estamos en proceso de habilitar el quinto quirofono lo cual va a permitir fortalecer y mejorar nuestros procesos de atencion en quirofanos. a la gran mayoría de pacientes se realizo el procedimiento qx dentro de las 6 horas de realizado el diagnostico por Cirujano. Dos pacientes fueron realizados posteriormente pero no se presento ninguna complicacion en su evolucion. Se tiene el antecedente historico de la cantidad de cirugias obstetricas de urgencias que se priorizan en horarios especificos que hay grupos quirurgicos de urgencias. la gran mayoría de los pacientes se lograron operar dentro de las 6 horas de realizado el diagnostico y orden de cirugia por parte del Cirujano , los dos pacientes restantes no presentaron complicaciones ni incidentes en su evolucion clinica. La gran mayoría de pacientes se logro operar dentro de las 6 horas del diagnostico por el cirujano general , no se presento ninguna complicacion ni evento adverso en los pacientes restantes . El Hosnital esta en la proyeccion

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													de habilitar un nuevo quirófano que va a brindar mejoramiento en la atención médica quirúrgica para nuestros pacientes.
			Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	94,5	90	Médico General Hospitalización	94,64	95,73	93,99	95,75	95,03	100%	De los 8 pacientes con diagnóstico de IAM este mes, se cumplieron el 95.25% de los ítem de la lista de chequeo. Este valor supera la meta nominal. Los ítem menos cumplidos son el uso de morfina para manejo del dolor por no estar presente o en infartos de cara inferior y el uso de beta bloqueador por formulación concomitante con hipotensores. Plantilla de lista de chequeo disponible De los 4 pacientes con diagnóstico de IAM este mes, se cumplieron el 96.75% de los ítem de la lista de chequeo. Este valor supera la meta nominal. Los ítem menos cumplidos son el uso de morfina para manejo del dolor por no estar presente o en infartos de cara inferior y el uso de beta bloqueador por formulación concomitante con hipotensores. Plantilla de lista de chequeo disponible De los 4 pacientes con diagnóstico de IAM este mes, se cumplieron el 95.25% de los ítem de la lista de chequeo. Este valor supera la meta nominal. Los ítem menos cumplidos son el uso de morfina para manejo del dolor por no estar presente o en infartos de cara inferior y el uso de beta bloqueador por formulación concomitante con hipotensores.
	Implementar programas de aprendizaje a partir de los incidentes para educar al personal sobre las mejores prácticas y lecciones aprendidas.	Programas de socialización para el nivel asistencial de la Institución sobre los incidentes evidenciados para educar al personal sobre las mejores prácticas y lecciones aprendidas .	No. de socializaciones realizadas /No. de socializaciones programadas	N/A	100%	Profesional Especializado Gestión de calidad	100		66,7	100	91,67	92%	Actas Gestión de Incidentes y Eventos Adversos de enero a octubre: 015, 031, 053, 075, 108, 147, 171, 200, 232, 261, 301 y 329
	Realizar búsquedas activas de acciones inseguras en	1. Ejecución de búsquedas activas Institucionales.	Búsquedas activas institucionales	500	500		155	103	33	130	490	98%	Durante el IV trimestre se realizaron 130 búsquedas BAI, se evidencian las siguientes actas y el número de búsquedas: · Acta No. 260 de octubre - 18 búsquedas

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	la prestación de servicios, mediante la realización de rondas de seguridad.												- Acta No. 300 de noviembre - 62 búsquedas - Acta No. 330 de diciembre - 50 búsquedas

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Asegurar y optimizar la mejora continua de los procesos Internos											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Mantener el Sistema integrado de gestión y Adoptar un Enfoque de Gestión de Calidad Basado en la calidad del Dato	Implementar el sistema integrado de gestión en los Centros de Salud adscritos al HDMI, Morelia y La Montañita.	1. Implementación del sistema integrado de gestión en los Centros de Salud. 2. Capacitación del personal para el seguimiento y adaptación al SIG. 3. Evaluación del funcionamiento del sistema en los centros de salud. 4. Informe de seguimiento y ajustes realizados durante la implementación.	Porcentaje de avance en la implementación del SIG en los Centros de Salud. Cronograma elaborado y ejecutado	100%	50%	Profesional Especializado Gestión de calidad	0	0	0	75%	0,75	100%	Se evidencia un cumplimiento anual del 75% en el cronograma de seguimiento a la implementación del SIG en los Centros de Salud discriminado de la siguiente manera: · SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD -SGC = 100% · SISTEMA DE GESTION -SST = 88% · SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL SGA = 80% · SUBSISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (SSI) = 83% · SUBSISTEMA MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) = 100% · SUBSISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL (SGD) = 0%
	Mejorar el cumplimiento o de los estándares de habilitación con la normatividad vigente.	1. Evaluación de cumplimiento de estándares de habilitación 2. Informe de brechas y oportunidades de mejora 3. Plan de acción correctiva y de mejora 4. Capacitación al personal sobre normatividad vigente 5. Monitoreo continuo del cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación.	90	90		91,62	91,85	91,85	91,85	91,79	92%	En el ultimo trimestre de la vigencia 2025 se realiza recorrido por los servicios de la institución con el fin de realizar verificación de las condiciones de habilitación teniendo en cuenta la autoevaluación realizada en el mes de febrero y marzo de la vigencia 2025 y de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019. Es así, como se logra evidenciar lo siguiente: Hallazgos: Deterioro en la infraestructura (paredes y techos) de los servicios de hospitalización. Humedad en habitaciones de los servicios de hospitalización.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Asegurar y optimizar la mejora continua de los procesos Internos											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													Tarjetas de aislamiento en mal estado y colgadas en la puerta de la habitación con esparadrapo. Humedad en los pasillos de los servicios de internación. Bolsas rojas (residuos peligrosos) con contenido sabanas de cama de los pacientes, en el piso de los servicios. Camas hospitalarias en mal estado con oxido en soporte o base de la cama. Falta de señalética en el servicio de Internación II. Guarda camillas en mal estado. Ausencia de protectores de pared.
	Diseñar y ejecutar el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	1. Diseño y ejecución del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad. 2. Informe de resultados de las auditorías realizadas. 3. Plan de acción basado en los hallazgos de las auditorías.	mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,25	1,20		0	0	0	1,03	1,03	86%	En el 2025 se realizó el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación correspondiente a la vigencia, donde se obtuvo una calificación de 1.80 sobre 5; el resultado obtenido en la vigencia anterior (2024) fue de 1.76; es así como el promedio de las dos vigencias es de 1,03. El resultado nos deja por debajo de la meta mínima establecida que es de 1.20. Sin embargo, comparado con el año inmediatamente anterior, en la vigencia 2025 se evidencia un mayor cumplimiento de las acciones de mejora establecidas para cada proceso. Para la vigencia 2025 se formularon 22 acciones, a las cuales se dio cierre efectivo en su totalidad, lo que nos da un 100% de cumplimiento de las acciones derivadas de PAMEC. El cumplimiento de las acciones refleja el compromiso de los líderes de proceso responsables de los planes de mejora y un mayor seguimiento por parte del proceso de mejoramiento continuo.
	Seguimiento a los planes de mejora y comités institucionales.	1. Informe de seguimiento a la implementación de los planes de mejora. 2. Informe de seguimiento a las actividades de los comités institucionales.	Evidencias de los informes socializado en comité MIPG. (4 informes)	4	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia cumplimiento de la socialización de los informes por canales institucionales y su consolidado anual.
	Realizar autoevaluación de los estándares de acreditación cumpliendo	1. Autoevaluación de los estándares de acreditación realizada. 2. Planes de mejora derivados de la autoevaluación de los	Efectividad de la auditoria para el mejoramiento continuo de calidad de la atención en salud	0,95	0,90		0	0	0	100	100	100%	Se evidencia INFORME DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) vigencia 2025.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Asegurar y optimizar la mejora continua de los procesos Internos											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	con la Resolución 5095 del 2018.	estándares de acreditación. 3. Seguimiento a la implementación de los planes de mejora.											

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Optimizar eficiencia, eficacia y productividad de los procesos administrativos y asistenciales.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Implementar Soluciones Tecnológicas y Metodológicas para la Optimización, fortalecimiento de la planta de personal, procesos, áreas y optimizar el Talento Humano	Rediseñar y/o actualizar los procesos asistenciales y administrativos para mejorar la eficiencia y reducir el tiempo de espera para los pacientes.	1. Protocolos y Procedimientos Actualizados	Número de procedimientos actualizados / número total de procedimiento institucionales	N/A	1	Profesional Especializado Gestión de calidad	0,00%	0,0%	0,0%	29%	0,29	29%	Se evidencia Informe documentos desactualizados-Daruma (4) Trimestre Y Consolidado Global De Enero A Diciembre De 2025, alcanzando un cumplimiento global del 29%, lo cual evidencia un avance parcial en la gestión de actualización documental de la plataforma institucional Daruma.
		2. Plan de Monitoreo y Evaluación Resultados	Documento plan de monitoreo y evaluación sobre la pertinencia de las actualizaciones	N/A	1		0	0	0	1	1	100%	Se evidencia Acta No. 312 de diciembre 2025 en la cual se evidencia capacitación sobre la pertinencia de las actualizaciones de los documentos en Daruma
	Realizar, adoptar e implementar cambios en la Estructura Organizacional, de acuerdo al Nivel Jerárquico y responsabilidades establecidas, facultando a	1. Diseño y adopción de cambios en la estructura organizacional. 2. Implementación de cambios según el nivel jerárquico y responsabilidades establecidas.	Actos administrativos de adopción de los cambios en la estructura Organizacional	1	1		0	0	0	1	1	100%	Se presenta el Acuerdo No. 26 del 30 de julio de 2025 Por el cual se modifica la Estructura Interna de la E.S.E. Hospital Departamental Maria Inmaculada y se adopta el Organigrama. Enlace: http://192.168.0.19/uploads/staff/assets/user10/2025/PORTAL/ACUERDOS/ACUERDO%20No%20026%20Julio%2030%20de%202025%20Por%20el%20cual%20se%20modifica%20la%20Estructura%20Interna%20de%20la%20E.S.E.%20Hospital%20Departamental%20Maria%20Inmaculada%20se%20adopta%20el%20Organigrama%20y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones.pdf

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Optimizar eficiencia, eficacia y productividad de los procesos administrativos y asistenciales.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	la gerencia para realizar la gestión integral												
	Introducir sistemas de gestión hospitalaria, para automatizar procesos administrativos como la programación de citas, Historia Clínica, facturación, gestión de inventarios y otros.	1. Implementación del Sistema de Gestión Hospitalaria	Sistema de Gestión Hospitalario "DINÁMICA GERENCIAL" implementado en la entidad	1	1	Profesional Universitario de Sistemas	1	0	0	0	1	100%	El sistema de información Dinámica Gerencial cuenta con una actualización en producción desde el 3 de octubre de 2025. La integración entre los módulos hospitalarios y administrativos se realizó en octubre de 2024. Durante el año 2024 se contó con acompañamiento técnico para la reparametrización de los módulos administrativos. Como soporte de estas actividades, se anexan las actas de los comités semanales del año anterior, así como las correspondientes al presente año.
	Mapear y analizar los flujos de trabajo actuales para identificar cuellos de botella y redundancias.	1.Programar la estrategia de realización de mapeo y análisis de flujos de trabajo	Documento detallado que represente gráficamente los flujos de trabajo actuales en las áreas administrativas y asistenciales.	N/A	1	Profesional Especializado Gestión de calidad	0	0	3	1	4	100%	Se evidencia Informe documentos desactualizados-Daruma (4) Trimestre Y Consolidado Global De Enero A Diciembre De 2025, alcanzando un cumplimiento global del 29%, lo cual evidencia un avance parcial en la gestión de actualización documental de la plataforma institucional Daruma.

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Gestionar y mitigar los riesgos en los procesos.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Establecer un Sistema y/o Proceso Integral de Gestión de Riesgos	Desarrollar mapas de riesgos que identifiquen las áreas de mayor	1. Matriz de riesgos Institucional identificando los procesos de mayor vulnerabilidad.	Matriz de Riesgos Institucionales publicado en Software DARUMA	1	1	Profesional Universitario SIGR	0	1	0	0	1	100%	Matriz de riesgos publicada en Daruma http://192.168.0.19/uploads/staff/assets/user10/2025/PORTAL/RIESGOS/MATRIZ%20DE%20RIESGOS%20INSTITUCIONALES%20HDMI%20Vigencia%202025.xlsx

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Gestionar y mitigar los riesgos en los procesos.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	vulnerabilidad y permitan la implementación de medidas preventivas.	2. Informe de evaluación y socialización de los resultados obtenidos del mapa de riesgos a todos los interesados	Informe de resultados del sistema Integrado de Gestión del Riesgo	4	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia Informe de seguimiento a riesgos IV Trimestre
	Diseñar el programa de capacitación al personal en la identificación y manejo de riesgos, promoviendo una cultura de prevención y proactividad.	1. Cronograma de capacitación diseñado.	Cronograma de capacitación socializado	1	1		1	0	0	0	1	100%	Se evidencia CRONOGRAMA SOCIALIZACIONES, ASISTENCIAS TECNICAS Y SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES VIGENCIA 2025
		2. Ejecución del programa de capacitación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo	Cumplimiento del cronograma de Capacitación	3	3		1	1	3	1	6	100%	Se evidencia Acta No. 310 del cuarto trimestre 2025 de asistencias técnicas para actualización y/o ajuste de riesgos.
	Desarrollar e implementar planes de mitigación para los riesgos identificados, asignando responsabilidades claras para su gestión.	1. Informe del Riesgo Materializado en el área 2. Seguimiento y evaluación de los compromisos del Comité de SIGR	Actas de comité del SIGR	4	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia Acta No. 311 del cuarto Comité SIGR el 02 de diciembre de 2025
	Establecer una herramienta de monitoreo continuo para detectar nuevos riesgos y evaluar la efectividad de las medidas de	1. Herramienta de monitoreo de riesgos diseñada e implementada.	Informe de seguimiento a riesgos materializados, tratamiento y mejoras y seguimiento al riesgo	4	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia seguimiento a riesgos materializados en el Informe de seguimiento a riesgos IV Trimestre
		2. Informe sobre la efectividad de las medidas de mitigación y la detección de nuevos riesgos.	Informe de seguimiento a compromisos frente a los tratamientos y mejoras de los riesgos	4	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia seguimiento a compromisos frente a riesgos materializados en el acta 311 del cuarto comité SIGR

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

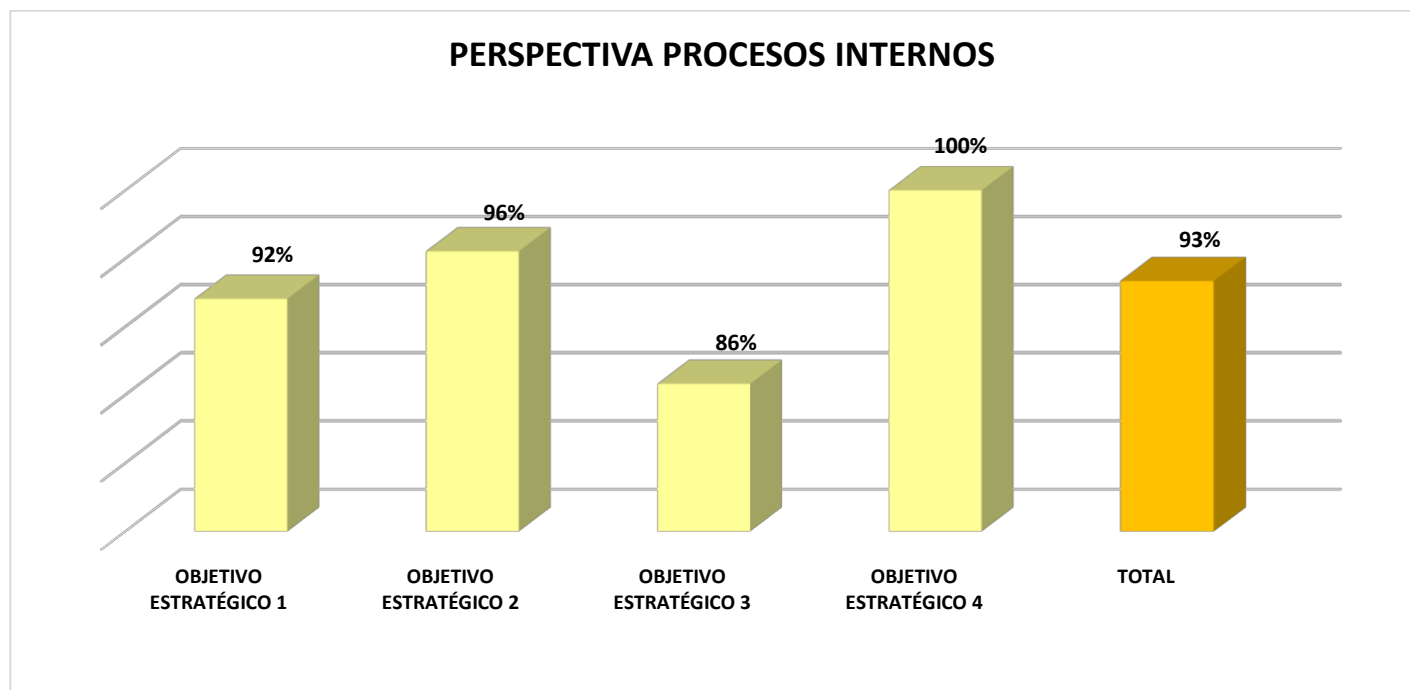
OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Gestionar y mitigar los riesgos en los procesos.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	mitigación i mplementad as.		materializados en cada proceso.										
	Establecer un comité de gestión de riesgos encargado de supervisar el proceso de identificación, evaluación y mitigación de riesgos, asegurando una respuesta rápida y efec tiva.	Comité de gestión de riesgos conformado y operativo.	Resolución de conformación comité del SIGR	1	1		1	0	0	0	1	100%	Resolución vigente
			Acta de comités realizados	4	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia acta 311 del cuarto comité SIGR el 02 de diciembre 2025
		Informe de actividades del comité, incluyendo la supervisión y evaluación de los riesgos.	Actas de comité con los anexos correspondientes a los informes de seguimiento	4	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia acta 311 del cuarto comité SIGR el 02 de diciembre 2025
Fortalecer el cumplimiento de la normatividad vigente, con una gestión administrativa eficiente.	Diseñar e implementar el procedimiento de actualización y despliegue institucional de la normatividad del Sistema de Salud y Seguridad Social en Colombia.	Informe de seguimiento sobre la correcta implementación de la normatividad en la institución sobre el Sistema de Salud y Seguridad Social en la Institución	Número de capacitaciones realizadas	10	10	Jefe de la Oficina Jurídica	3	2	5	16	26	100%	Se evidencian las siguientes actas de capacitación: · Acta 032 de octubre 2025 · Acta 038 de noviembre 2025 · Acta 039 de noviembre 2025 · Acta 043 de noviembre 2025 · Acta 044 de diciembre 2025 · Acta 046 de diciembre 2025 · Acta 047 de diciembre 2025 · Acta 048 de diciembre 2025 · Acta 049 de diciembre 2025 · Acta 050 de diciembre 2025 · Acta 051 de diciembre 2025 · Acta 052 de diciembre 2025 · Acta 053 de diciembre 2025 · Acta 054 de diciembre 2025 · Acta 055 de diciembre 2025 · Acta 056 de diciembre 2025

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

% de cumplimiento Perspectiva Procesos Internos: 93%



Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá**, Diagonal 20 # 7 - 29

 (608) 436 6464  www.hmi.gov.co  ventanillaunica@hmi.gov.co

Perspectiva

Responsabilidad Social y Corporativa

Políticas

- Política del sistema Integrado de gestión.
- Política Plan estratégico de seguridad vial.
- Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Política de comunicaciones.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá**, Diagonal 20 # 7 - 29

 (608) 436 6464  www.hmi.gov.co  ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Fomentar relaciones laborales saludables y motivadoras con los colaboradores y sus familias.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Desarrollo Humano y bienestar laboral.	Implementar aula de aprendizaje virtual para beneficio de los convenios docente asistencial.	Crear el aula de aprendizaje virtual mediante la herramienta que la entidad considere posible para garantizar la implementación de la misma. Garantizar la puesta en marcha de las actividades de educación continua para el beneficio de los convenios docente asistencial.	Aula de aprendizaje virtual	N/A	1	Profesional Universitario de Sistemas	0	0	1	0,0	1,0	100%	El aula virtual se encuentra creada en proceso de prueba http://capacitaciones.hmi.gov.co/
			Número de actividades de educación continua (a quién va dirigida la educación)	12,0	12	Medico hospitalario	0	0	0	0,0	0,0	0%	La implementación del contenido del aula virtual se tiene programado para el 2026
	Fortalecer el funcionamiento del sistema de gestión para la salud y la seguridad en el trabajo.	1. Diagnóstico y plan de acción de mejora del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). 2. Matriz de Capacitación SST 3. Registro de inspecciones, auditorías y acciones correctivas implementadas. 4. Indicadores de accidentabilidad y cumplimiento normativo actualizados.	Cumplimiento del Plan Anual de Trabajo SST	88,12	80	Profesional universitario de SST	95,79	88,62	86,29	96,4	91,8	100%	Para el trimestre de octubre, noviembre y diciembre de 2025 el porcentaje de cumplimiento del plan anual de trabajo fue de 96,40 %. De las 111 actividades programadas para ejecutarse en el periodo según el Plan Anual SST, se realizó la ejecución de 107 actividades. Para este periodo el indicador cumple con la meta establecida debido a que el resultado se sitúa con 16,40 % por encima de la meta nominal. con respecto al trimestre anterior, hubo un aumento en el porcentaje de cumplimiento de actividades del 10,11%
	Desarrollar las olimpiadas Intrahospitalarias 2025 - 2028.	1. Planeación y reglamento de las olimpiadas definidos. 2. Cronograma de actividades deportivas, recreativas y culturales	No. de participantes inscritos en olimpiadas intrahospitalarias y otras.	268	280		0	0	0	329	329	100%	Las olimpiadas hospitalarias se desarrollaron los días 17 y 18 de octubre de 2025, contando con la participación de 162 colaboradores en la primera jornada y 167 en la segunda jornada, para un total de 329 colaboradores que participaron. Se socializa mediante acta No. 965 del 20 de octubre de 2025.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Fomentar relaciones laborales saludables y motivadoras con los colaboradores y sus familias.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
		establecido. 3. Participación activa de los colaboradores en las diferentes disciplinas.											

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Promover prácticas sostenibles para la conservación ambiental.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABL E	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Plan de Sostenibilidad Ambiental Integrado	Implementación de procesos amigables con el medio ambiente, siendo un hospital responsable con la sociedad.	1. Estrategias ambientales implementadas y evaluadas periódicamente.	No. de actividades realizadas	4	4	Profesional universitario de Gestión Ambiental	1	1	1	1	4	100%	Como evidencia del cumplimiento de a actividades, se anexa matiz RF-Mz-02- FORMATO MATRIZ PLAN INSTITUCIONAL DE GESTION AMBIENTAL (PIGA). Debidamente diligenciada, y 130 actas. Almacenamiento temporal, inspección vehículo recolector RESPEL, seguimiento a limpieza y desinfección, señalización de canecas, socialización PGIRASA, aprovechamiento de reciclaje y zonas verdes, Se hace medición de los RH generados en la institución, peligrosos y no peligrosos por medio registro formato RH1 SAIDA- RF-F-58 – Formato Registro Diario de Residuos Hospitalarios y Similares.
		2. Reducción documentada del consumo de recursos (agua, energía).	Consumo mensual	12	12		3	3	3	3	12	100%	Se miden por medio de dos indicadores RF-GA-20- Consumo de agua en el periodo y RF-GA-17 Porcentaje de consumo de energía en el periodo. Los cuales disminuyeron.
		3. Protocolos para la optimización de procesos hospitalarios con enfoque sostenible.	Implementación del PEGIRH	1	1		1	1	1	1	4	100%	Durante este CUARTO TRIMESTRE 2025, se programaron TREINTA Y OCHO (38) actividades. Las cuales se cumplieron al 100%. Lo que representa a e I90 de lo programado para el año 2025. para dar cumplimiento se realizaron CIENTOSEIS (130) visitas de inspección y seguimiento a: Almacenamiento temporal, inspección vehículo recolector RESPEL, seguimiento a limpieza y desinfección, señalización de canecas, socialización PGIRASA, aprovechamiento de reciclaje y zonas verdes.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Promover prácticas sostenibles para la conservación ambiental.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABL E	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	Vincular la institución a programas de reforestación .	1. Actividades de reforestación. 2. Registro de participación en actividades de reforestación.	No. de actividades de reforestación con los que el hospital se vincule	1	1		0	0	0	2	2	100%	Se realizo jornada de siembra por medio de la compensación requeridad del Concepto Tecnico No 0082 del 07/05/2025 y Concepto CT-DTC-0319, La siembra se realizo en el predio EL RECODO - Margen de la quebrada
	Fortalecer el programa integral de gestión de residuos que incluya la separación, reciclaje y disposición adecuada de desechos.	1. Programa de gestión integral de residuos actualizado y socializado.	Porcentaje de residuos reciclados del total generado por la institución	0,50	0,30		4,97	6,27	5,96	6,09	23,28	100%	Durante el Cuarto trimestre el promedio de porcentaje de residuos reciclados respecto al total de residuos generados en la institucion fue del 0,06, total reilado 4.170kg
		2. Capacitaciones realizadas sobre segregación en la fuente y reciclaje. 3. Indicadores de reducción de residuos hospitalarios generados y reciclados.	Consumo de agua en el periodo	8.000	8.000		7.154	7.263	7.596	5.169	6.796	100%	Durante el cuarto trimestre, el promedio mensual de consumo de agua fue de 5.169 m3
		4. Registro de disminución del gasto en servicios públicos y manejo de desechos	Porcentaje de consumo de energía en el periodo	240.000	240.000		210.343	195.907	188.020	237.930	208.050	100%	Durante el cuarto trimestre, el promedio mensual de consumo de eergia fue de 237,930 kw
	Participar en iniciativas y certificacione s ambientales que demuestren el compromiso del hospital con la protección del medio a mbiente	1. Hospital inscrito y activo en campañas nacionales de reciclaje y posconsumo. 2. Plan de acción para la mejora continua en iniciativas ambientales.	No. de campañas nacionales de reciclaje con las que el hospital se vincula	1	1		0	0	0	1	1	100%	Se realiza Venta de reciclaje de carton la cual dicho recurso regresa nuevamente a las arcas del Hospital Departamental Maria Inmaculada.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2.Promover prácticas sostenibles para la conservación ambiental.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	Campañas de sensibilización y educación ambiental para el personal y la comunidad, fomentando prácticas sostenibles tanto en el ámbito laboral como personal.	1. Semana Ambiental implementada con actividades de sensibilización.	cumplimiento de los productos	3	3		0	1	1	2	4	100%	Estrategias amigables con el medio ambiente implementados, Se diseño folleto como estrategia, para crear consciencia en los funcionarios , usuarios y visitantes con respecto al consumo de agua , energía y segregacion de Residuos Hospitalarios, además de socializaciones en todas las sedes del HDMI
		2. Vinculación activa en la celebración del Día del Medio Ambiente.	A través de las TIC realizar difusión de estrategias.	4	4		1	1	1	1	3	75%	Como campaña del programa de cultura ambiental, por medio del altavoz se transmiten los mensajes de voz. al igual mensajes escritos por WhatsApp y correo electrónico.
		3. Avisos educativos y material publicitario sobre uso responsable de recursos y gestión de residuos.	Cumplimiento actividades del PIGA	98,5%	98,5%		100%	100%	100%	25%	74%	75%	Durante el CUARTO TRIMESTRE 2025. se programaron NUEVE (09) actividades, las cuales cumplieron y se realizaron así: · Estrategias amigables con el medio ambiente implementados, Se diseño folleto como estrategia, para crear consciencia en los funcionarios, usuarios y visitantes con respecto al consumo de agua y energía y segregación de Residuos Hospitalarios. · Fortalecer el reciclaje y el uso sostenible de los recursos naturales. · Estrategias amigables con el medio ambiente implementados; se realizaron once (1) actividades para el cuidado de zonas comunes, tres (03) de cuidado de zonas verdes. · Disminución del gasto en servicios públicos. Se miden por medio de dos indicadores RF-GA-20-Consumo de agua en el periodo y RF-GA-17 Porcentaje de consumo de energía en el periodo.
	4. Indicadores de impacto de las campañas analizados y reportados.												
	Desarrollar políticas internas de sostenibilidad, como el uso de productos eco-friendly y la reducción de plásticos de un solo uso.	Utilización de productos como alternativas eco-friendly en el hospital, que permita proyectar escenarios de implementación progresiva, identificar costos-beneficios	Soportes de utilización de productos eco-friendly que reemplacen los productos biodegradables	1	1	0	1	0	1	2	100%	En el cuarto trimestre de 2025 se celebró el Contrato 02470 con la Fundación Jardín de Esperanzas, dentro del cual una de las obligaciones del contratista es en el desarrollo de sus actividades emplear vajilla reutilizable y amigable con el medio ambiente, contribuyendo a minimizar el impacto ambiental y a fortalecer la cultura institucional de sostenibilidad.	

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Impulsar el desarrollo sostenible de la comunidad.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Generación de Alianzas Comunitarias para el Desarrollo Social	Promover proyectos de manufactura para generación de ingresos de grupos desfavorecidos mediante la compra de su producción.	1. Registro de compras realizadas a emprendimientos locales.	No de empresas y/o persona natural beneficiadas con el programa	23	23	Profesional Universitario de Mantenimiento	3	6	33	26	68	100%	Durante el cuarto trimestre de 2025 se realizaron compras y/o adquisiciones con empresas locales y personas naturales, se detallan a continuación: Órdenes de compra: · TAYLOR DANIEL ROMERO MORENO - 6337 6336 6257 6256 6227 · ALCIDES MARROQUIN SABI /IMPORVIDRIOS - 6328 6316 6297 6261 · ANDRES CUELLAR MURCIA - 6332 6316 6297 6261 · CAMILO ANDRES LOPEZ - 6323 6286 · JHOSIMAR QUINTO CUESTA - 6331 6321 · HUVER NORIEGA MURCIA - 6321 · SERVICIOS Y PRODUCTOS DE ASEO E.U - 6247 · LCE MEDICAL TECHNOLOGIES S.A.S - 6249 6250 6251 6253 · DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA ROJAS BURGOS HERMANOS S.A.S - 6241 6318 6319 · DISTRI MEDICAL SOLUTIONS S.A.S. - 6234 6236 6305 · GRUPO EMPRESARIAL GEC SAS SAS - 6340 · SESUMED ZOMAC S.A.S - 6224 6248 6259 6264 6299 6312 6334 6338 · CRUX PRODUCTOS Y SERVICIOS S.A.S. - 6275 6276 · P&M GROUP SOLUCIONES INTEGRALES SAS -6271 6273 6279 6282 6283 6295 6322 · GLOBAL NET TV ZOMAC S.A.S. - 6245 · MEDICALSUR3M ZOMAC S.A.S. - 6306 Plan de Bienestar Social e Incentivos - Soportes de los avances en la carpeta del POA · YICELA ROJAS CEDEÑO - Cupcakes · WILLIAM WILCHES SANCHEZ - Actividades ecológicas · MARIA NETTY RAMIREZ RAMIREZ - Alimentación · DORA LILIANA BETANCOURT MUÑOZ -Decoración · NELCY GARCIA LONDOÑO - Salón de Eventos · NELCY PAPAMIJA ALDANA - Alimentación · MARTHA LILIANA MATALLANA VARÓN - Alimentación · NICOLÁS AUDOR RIVERA - Sonido · JAIME GÓMEZ LLANOS - Orquesta

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Impulsar el desarrollo sostenible de la comunidad.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
													· GRUPO EMPRESARIAL MYM ZOMAC S.A.S. · Alquiler del espacio deportivo, juegos, salón de comidas, refrigerio
	Implementar programas de capacitación y desarrollo profesional para miembros de la comunidad, enfocándose en áreas de salud y cuidado.	1. Programa de formación comunitaria en salud y cuidado	Programa creado con cronograma de formación	N/A	1	Medico hospitalario	0	0	1	0	1	100%	Se da cumplimiento al indicador con cronograma de jornadas educativas en salud, con 12 jornadas programadas para la vigencia
		2. Registro de formaciones realizadas	No de campañas para tratamiento de enfermedades con las que el hospital se vincula	N/A	3		4	3	3	2	12	100%	Durante el cuarto trimestre de 2025 se realizaron diferentes jornadas educativas, de las cuales se destacan los siguientes temas · Emergencias obstétricas - Acta No. 44 https://www.facebook.com/photo?fbid=822809114030277&set=a.119374421040420&locale=es_LA · Hernias https://www.facebook.com/photo/?fbid=841938342117354&set=a.119374421040420&locale=es_LA
	Colaborar con instituciones de educación local para ofrecer pasantías, prácticas profesionales y talleres para estudiantes interesados en carreras de salud.	1. Convenios de cooperación firmados con universidades, colegios técnicos y otras entidades educativas. 2. Registro de estudiantes vinculados en programas de pasantías y prácticas profesionales.	No. de universidades con convenios	3	5	Directora de Talento Humano Medico hospitalario	20	20	20	20	20	100%	· UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES · ESCUELA SAN RAFAEL · TECNOLOGICA AUTONOMA DE BOGOTA · SENA · CEMAQ · UNIVERSIDAD DE LA SABANA · UNIVERSIDAD NAVARRA · UNIVERSIDAD DE PAMPLONA · UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA · UNICERVANTES · UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA · CRUZ ROJA · UNAD · UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE · UNIVERSIDAD LIBRE · INSTITUTO TECNICO INDUSTRIAL · QUIRON · ESCUELA DE ECSALUD · UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

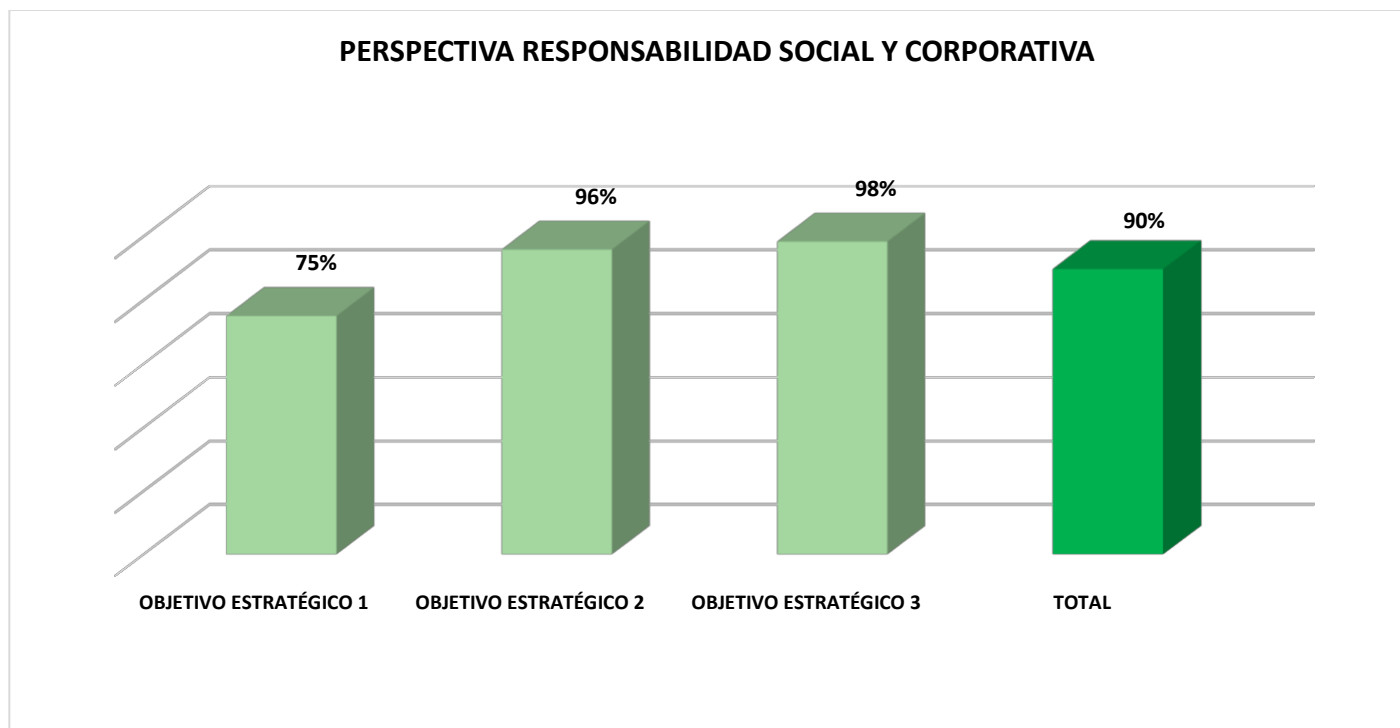
OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Impulsar el desarrollo sostenible de la comunidad.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
			No. de estudiantes vinculados	3	5		0	0	0	357	357	100%	Durante la vigencia 2025, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. contó con un total de 357 estudiantes en formación, distribuidos de la siguiente manera: • Medicina: 36 estudiantes (UniNavarra, Universidad Nacional, USCO, Universidad Antonio Nariño, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad del Tolima y UniPamplona). • Psicología: 32 estudiantes (UniAmazonia). • Enfermería: 287 estudiantes, distribuidos así: Cruz Roja (79), Escuela de Enfermería San Rafael (121), SENA (52) y UniAmazonia (35). • Bacteriología: 2 estudiantes (UniPamplona).
	Colaborar con organizaciones no gubernamentales y entidades públicas en iniciativas de desarrollo social y bienestar comunitario.	Iniciativas conjuntas ejecutadas con ONGs y entidades públicas.	Número de iniciativas proyectadas vs ejecutadas	N/A	100%	Subgerente Administrativa y Financiera Profesional Universitario de Comunicaciones Jefe de la Oficina Asesora de Planeación Gerencia	0	2	5	2	9	90%	Se mantiene vigente la alianza estratégica con el Grupo Éxito a través del Programa Madre Canguro, con desarrollo de entrega de kits alimentarios, jornadas de capacitación y otras actividades, cuyas evidencias se encuentran publicadas en las redes sociales https://www.facebook.com/hdmiflorencia/posts/pfbid02EoLz8hZlfxmz1LTsHHigVzBp92PFxNtVZpxVfU5SfjQNir7aRGA4UKcUHFSx6mLSI?locale=es_LA Adicionalmente, en alianza con la Alcaldía de La Montañita, se desarrollaron dos jornadas de salud en las siguientes fechas: • 24 de Octubre https://www.facebook.com/photo/?fbid=836519012659287&set=a.119374421040420&locale=es_LA • 31 de octubre https://www.facebook.com/photo/?fbid=842713155373206&set=a.119374421040420&locale=es_LA

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

📍 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

📞 (608) 436 6464 🌐 www.hmi.gov.co ✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

% de cumplimiento Perspectiva Responsabilidad Social y Corporativa: 90%



 **Florencia - Caquetá**, Diagonal 20 # 7 - 29

 (608) 436 6464  www.hmi.gov.co  ventanillaunica@hmi.gov.co

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

Perspectiva

Aprendizaje y Desarrollo

Políticas

- Política de Humanización
- Tratamiento protección de datos de los titulares HDMI.
- Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI.
- Sistema de gestión documental.
- Política de comunicaciones.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Potenciar el compromiso, habilidades y desarrollo de competencias del personal											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Fortalecer e Implementar un Programa Integral de Desarrollo y Motivación del Personal para la formación integral en el lugar de trabajo.	Gestionar con universidades o instituciones Públicas convenios para mejorar las competencias del talento humano a través de formación continua.	1. Selección de temas y grupos objetivos para capacitación continua. 2. Identificación de universidades o instituciones educativas para establecer convenios de formación. 3. Firma de convenios de formación continua con universidades o instituciones seleccionadas. 4. Implementación de programas de formación continua para el talento humano. 5. Informe de seguimiento y evaluación de la implementación de la capacitación continua.	No. de convenios establecidos para formación continua de T.H.	3,0	3	Jefe de la Oficina de Talento Humano	6	4	3	2	15	100%	Durante el IV Trimestre se realizaron procesos de formación con las siguientes instituciones: 1. Bomberos 2. ARL Positiva
	Capacitación continua que aborden tanto las habilidades técnicas como las competencias blandas, con el objetivo de mejorar el desempeño y la satisfacción laboral.	1. Diseño de programas de capacitación continua que incluyan habilidades técnicas y blandas. 2. Ejecución de las sesiones de capacitación para el personal. 3. Evaluación del impacto de la capacitación en el desempeño y la	Cumplimiento Plan de Capacitación	90%	90%		78,95	94,74	100	100	93,4	100%	Para el cuarto trimestre del año 2025 fueron programadas 22 capacitaciones de las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, con un porcentaje de cumplimiento del 100% conforme a la meta programada en el Plan de Capacitación, manteniendo el indicador frente a los trimestres 2025.
			Número de convocados / número de asistentes	0,9	90%		0,75	1,00	0,79	0,9	0,9	97%	En cumplimiento con lo proyectado en el Plan Institucional de Capacitaciones PIC de la presente vigencia, fueron convocados para el cuarto trimestre 2025 un total de 527 funcionarios a diferentes capacitaciones de los cuales asistieron 492.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Potenciar el compromiso, habilidades y desarrollo de competencias del personal											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
		satisfacción laboral. 4. Informe de seguimiento con recomendaciones para ajustes en futuros programas de formación.											El porcentaje de cobertura fue óptimo logrando capacitar al personal de planta y contrato, asistencial y administrativo de la institución, manteniendo un resultado positivo frente a los trimestres anteriores.
	Fortalecer los convenios de docencia servicio e incluir otras profesiones de la salud.	1. Suscribir convenios de docencia en salud (medicina, enfermería, psicología, entre otros).	No. De Convenios en salud suscritos	2,0	2		20	20	20	20	20	100%	· UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES · ESCUELA SAN RAFAEL · TECNOLOGICA AUTONOMA DE BOGOTA · SENNA · CEMAQ · UNIVERSIDAD DE LA SABANA · UNIVERSIDAD NAVARRA · UNIVERSIDAD DE PAMPLONA · UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA · UNICERVANTES · UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA · CRUZ ROJA UNAD · UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE · UNIVERSIDAD LIBRE · INSTITUTO TECNICO INDUSTRIAL QUIRON · ESCUELA DE ECSALUD · UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Promover una cultura organizacional focalizada en la seguridad y la atención humanizada.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Gestión del talento humano con énfasis en la Cultura de Seguridad y	Promover activamente los valores de seguridad y	1. Cronograma creado para la vigencia	Actualización Programa de Humanización	1	1	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0	1	0	0	1,0	100%	Indicador al 100%. MC-PG-02 actualizado e 29/04/2025

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Promover una cultura organizacional focalizada en la seguridad y la atención humanizada.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Atención Humanizada	humanización a través de actividades y campañas internas que refuercen la importancia de estos principios en la cultura organizacional.	2. Cumplimiento del cronograma	Actividades ejecutadas programadas vs	100%	100%		100%	88%	100%	59%	87%	87%	Durante el IV trimestre se ejecutaron 17 de 29 actividades programadas, cumpliendo en un 59%, con un consolidado para la vigencia de 87% de cumplimiento del cronograma
		3. Informe de gestión del programa de Humanización	Informe trimestral de gestión del Programa de Humanización	N/A	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia informe de Humanización de la vigencia 2025
	Realizar rondas de seguridad del ambiente físico.	1. Informe del Sistema Único de Habitación	Informe del Sistema Único de Habitación	N/A	4		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia Acta No. 333 del 31 de diciembre de 2025, en el cual se hace seguimiento al sistema único de habitación
		2. Registro de rondas de seguridad realizadas.	Actas de Rondas de Seguridad	N/A	4		1	3	3	1	8	100%	Se evidencia Acta No. 330 de diciembre 2025 de ronda de seguridad
	Desarrollar y comunicar un programa y/o estrategia sobre prácticas seguras y humanizadas en el entorno de trabajo, asegurando que todos los colaboradores estén informados y comprometidos.	1. Programa o estrategia documentada y aprobada.	Programa de humanización	1	1		0	0	1	0	1,0	100%	MC-PG-02 actualizado el 29/04/2025
		2. Divulgación y comunicación del programa (Actas, material utilizado, registros de asistencia)	Programa divulgado en la entidad	1	1		0	1	4	1	6	100%	Se verifica Informe de Humanización 2025 y evidencias fotográficas en el cual se evidencia la socialización del programa
		3. Programa de Seguridad del Paciente	Actas de rondas de Seguridad del Paciente	N/A	4		1	3	1	1	6	100%	Se evidencia Acta No. 199 de agosto de rondas de seguridad del paciente

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Promover una cultura organizacional focalizada en la seguridad y la atención humanizada.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	Programas de formación específicos sobre atención humanizada y prácticas de seguridad para todo el personal, asegurando que todos comprendan la importancia y la aplicación de estos conceptos	1. Divulgación de las estrategias de Seguridad del Paciente	Actas de Seguridad del Paciente donde se evidencia la divulgación de estrategias	N/A	4		1	1	2	0	4	100%	Durante el IV trimestre no se evidencian actas de divulgación de las estraegias del Programa de Seguridad del paciente, sin embargo se cumplió la meta anual en el III trimestre.
		2. Programa de Humanización	Informe trimestral de gestión del Programa de Humanización	100%	100%		1	1	1	1	4	100%	Se evidencia informe de Humanización de la vigencia 2025
	Realizar las acciones correctivas y sancionatorias de actos donde los colaboradores vulneren los principios de humanización y seguridad	1. Seguimiento y evaluación del cumplimiento de las medidas correctivas.	Informe de intervenciones en humanización	100%	100%		0	0	0	100%	100%	100%	Se evidencia Informe de Intervenciones en Humanización de la vigencia 2025
			No. De quejas Disciplinarias por hechos que atenten contra los principios de humanización y/o seguridad en la atención	100%	100%		0	0	0	0	0,0	100%	En el periodo correspondiente al cuarto trimestre de 2025 no se hallaron Quejas Disciplinarias en las que se haya realizado apertura o dado trámite por hechos que atenten contra los principios de humanización y/o seguridad en la atención. Se evidencia mediante certificado expedido por la Jefe de Control Interno Disciplinario.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Garantizar el uso de tecnología biomédica segura y enfocada en el paciente											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Fortalecer el Plan Integral y/o de Adquisición y Gestión de Tecnología Biomédica	Mantener y disponer de equipamiento o para la prestación de servicios de salud seguros, en la sede principal y centros de salud.	1. Diagnóstico actualizado de necesidades y renovación tecnología biomédica.	Tiempo de respuesta en los mantenimientos correctivos de los equipos biomédicos	3	3	Profesional Universitaria Ingeniería Biomédica	4,27	1,48	8,27	2,83	4,21	60%	Para el mes de Octubre se recibieron 41 requerimientos para el mantenimiento correctivo de los diferentes equipos biomédicos de la institución. De acuerdo a la grafica se puede observar que el tiempo de respuesta para los mantenimientos correctivos corresponde a 7.24 días, la brecha se presento en 2 equipos específicamente (1 cama y 1 moniotr de signos vitales) e hizo que aumentara el tiempo de respuesta debido a que los repuesto que se requerian para el arreglo de los equipos se encontraba en proceso de importación, además de la demora en procesos adminitrativos (elaboración de OC). Para el mes de Noviembre se recibieron 21 solicitudes para revisión de los equipos biomédicos. De acuerdo a la grafica se puede observar que el tiempo de respuesta es inferior a 1 día. Lo cual se puede concluir que se esta dando respuesta oportuna a los requerimientos de los diferentes servicios. Para el mes de Diciembre se recibieron 22 solicitudes para revisión de los equipos biomédicos. De acuerdo a la grafica se puede observar que el tiempo de respuesta es de 1 día. Lo cual se puede concluir que se esta dando respuesta oportuna a los requerimientos de mantenimiento correctivo de los diferentes servicios.
		2. Hojas de vida de los equipos biomédicos revisadas y actualizadas.	Registros de Hoja de Vida de Equipos Biomédicos, correspondientes al 15% anual de la totalidad de los mismos	N/A	225		0	0	226	0	226	100%	Indicador al 100%. Se evidencian registros de hojas de vida de 226 equipos Biomédicos, cumpliendo con la meta anual del 15% de la totalidad de los mismos.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Garantizar el uso de tecnología biomédica segura y enfocada en el paciente											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
		3. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo formulado e implementado.	Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos	85	90		95,83	100	100	100	98,96	100%	Para el mes de Octubre se realizo e mantenimiento preventivo a 8 áreas (Banco de sangre, consulta externa, laboratorio clinico, hospitalización I, Hospitalización II, Hospitalización III, pediatría, Ambulancia y el CS La Unión Peneya), el cual se ejecuto el 100% de la actividades de mantenimiento programadas, dando asi cumplimiento a cronograma de la institución. Para el mes de Noviembre se realizo e mantenimiento preventivo a 8 áreas (Uci neonatal, Sala de partos, Urgencias, Salud mental, Rehabilitación, CS la Montañita, CS Unión Peneya y Ambulancias), el cual se ejecuto el 100% de la actividades de mantenimiento programadas, dando asi cumplimiento al cronograma de la institución. Para el mes de diciembre se tenían programados 2 servicios (Cirugía y Uci adulto) para el mantenimiento preventivo. El cual se ejecuto el 100% de las actividades programadas. Es importante mencionar que apesar de que el servicio de Uci Adulto se encuentra cerrada, el área de Biomédica realizó la revisión y el mantenimiento preventivo de los equipos de la unidad.
	Implementar el modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y	1. Manual de Gestión de la tecnología debidamente actualizado.	Actualización bianual del Manual de Gestión de la Tecnología.	N/A	100%		0	0	1	0	1	100%	[RF-M-05] Manual actualizado en Daruma con fecha 01-09-2025 http://192.168.0.19/app.php/staff/document/viewPublic?index=4488

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Garantizar el uso de tecnología biomédica segura y enfocada en el paciente											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	disposición final de la tecnología.												
	Evaluaciones exhaustivas de los equipos biomédicos disponibles en el mercado para asegurar que cumplan con los estándares de seguridad y humanización necesarios para su uso en el entorno hospitalario.												
	Implementar un programa de mantenimiento regular y actualización tecnológica para asegurar que todos los equipos biomédicos estén en óptimas condiciones y cuenten con las últimas mejoras en	1. Programa de mantenimiento regular y actualización tecnológica documentado e implementado. 2. Reportes de ejecución del mantenimiento y actualización tecnológica de equipos biomédicos.	Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos	85	90		95,83	100	100	100	98,96	100%	Para el mes de Octubre se realizo el mantenimiento preventivo a 8 áreas (Banco de sangre, consulta externa, laboratorio clínico, hospitalización I, Hospitalización II, Hospitalización III, pediatría, Ambulancia y el CS La Unión Peneya), el cual se ejecuto el 100% de la actividades de mantenimiento programadas, dando asi cumplimiento al cronograma de la institución. Para el mes de Noviembre se realizo el mantenimiento preventivo a 8 áreas (Uc neonatal, Sala de partos, Urgencias, Salud mental, Rehabilitación, CS la Montañita, CS Unión Peneya y Ambulancias), el cual se ejecuto el 100% de la actividades de mantenimiento programadas, dando asi cumplimiento al cronograma de la

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

 **(608) 436 6464**  **www.hmi.gov.co**  **ventanillaunica@hmi.gov.co**

OBJETIVO ESTRATÉGICO		3.Garantizar el uso de tecnología biomédica segura y enfocada en el paciente											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	seguridad y funcionalidad.												institución. Para el mes de diciembre se tenían programados 2 servicios (Cirugía y Uci adulto) para el mantenimiento preventivo. El cual se ejecuto el 100% de las actividades programadas. Es importante mencionar que apesar de que el servicio de Uci Adulto se encuentra cerrada, el área de Biomédica realizo la revisión y el mantenimiento preventivo de los equipos de la unidad.
	Formular, calcular y analizar los indicadores de gestión de la tecnología en lo relacionado con el plan de mejora. Mantenimiento preventivo, así mismo formular e implementar las acciones.	1. Plan de mejora basado en los resultados de los indicadores, con acciones correctivas implementadas siempre y cuando se evidencie disminución en la meta establecida por indicadores	Plan de mejora con acciones correctivas programadas	100%	100%		100%	100%	100%	100%	1,00	100%	No aplica plan de mejora debido a que los indicadores cumplen la meta.

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Optimizar tecnologías, para asegurar la integridad y oportunidad de la información.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
Implementar una Estrategia y/o Programa de Gestión de Datos y Tecnologías de Información para Garantizar datos validos que se	Fortalecer la interface y parametrización del sistema de informaci	1. Sistema de información hospitalaria actualizado y parametrizado según necesidades operativas.	Actualizaciones del sistema DINÁMICA GERENCIAL	100%	100%	Profesional Universitario de Sistemas	100	100	100	100	100	100%	El sistema de informacion Dinamica gerencial se encuentra actualiza con la version del 13-11-2025

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Optimizar tecnologías, para asegurar la integridad y oportunidad de la información.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
traduzcan en información confiable que permita generar conocimiento para tomar decisiones	ón hospitalaria y demás registros asistenciales y administrativos, con el fin de mejorar la calidad del dato.	2. Mejoras implementadas en la interfaz y parametrización.	Implementación de requerimientos solicitados.	N/A	2		100	100	100	100	100	100%	El sistema de informacion se encuentra actualizado al 13-11-2025 con la normatividad nacional vigente. Durante este trimestre no se realizaron requerimientos
	Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la producción de información confiables en la sede principal y centros de salud.	1. Diagnóstico de necesidades de equipamiento e infraestructura actualizado.	Informe de necesidades de equipamiento e infraestructura actualizada	2	2		1	0	0	0	1	100%	En el mes de febrero se realizo informe sobre las necesidades de renovación tecnologica para la vigencia 2025, este informe se realiza de manera anual.
		2. Inventario de tecnología y sistemas de información.	Inventario de tecnologías	1	1		100	100	100	100	100	100%	Se tiene el inventario actualizado en la plataforma de control de equipos y dinamica gerencial, cada vez que se realiza un moviento de equipos se deja el registro.
		3. Informe de disponibilidad y operatividad de los sistemas de información en todas las sedes.	Informe de operatividad	1	1		0	0	0	1	1	100%	Se evidencia Informe de disponibilidad y operatividad de sistemas de información
	Desarrollar e implementar sistemas de gestión de información que aseguren la integridad / disponibilidad	Seguimiento a los sistemas de gestión de información y convenios y/o contratos realizados, para mantener las condiciones de integridad, disponibilidad y confidencialidad de los datos, calidad del dato, mejorando la confiabilidad y la	Soportes de seguimiento realizado a los convenios, contratos o compras de sistemas de gestión de la información.	3	3		100	100	100	100	100	100%	Se cuenta con contratos vigentes para soporte, mantenimiento y actualización de los sistemas de informacion utilizados en la institucion (dinamica gerencial, aquila, daruma) y mensualmente se realiza informe de supervision.

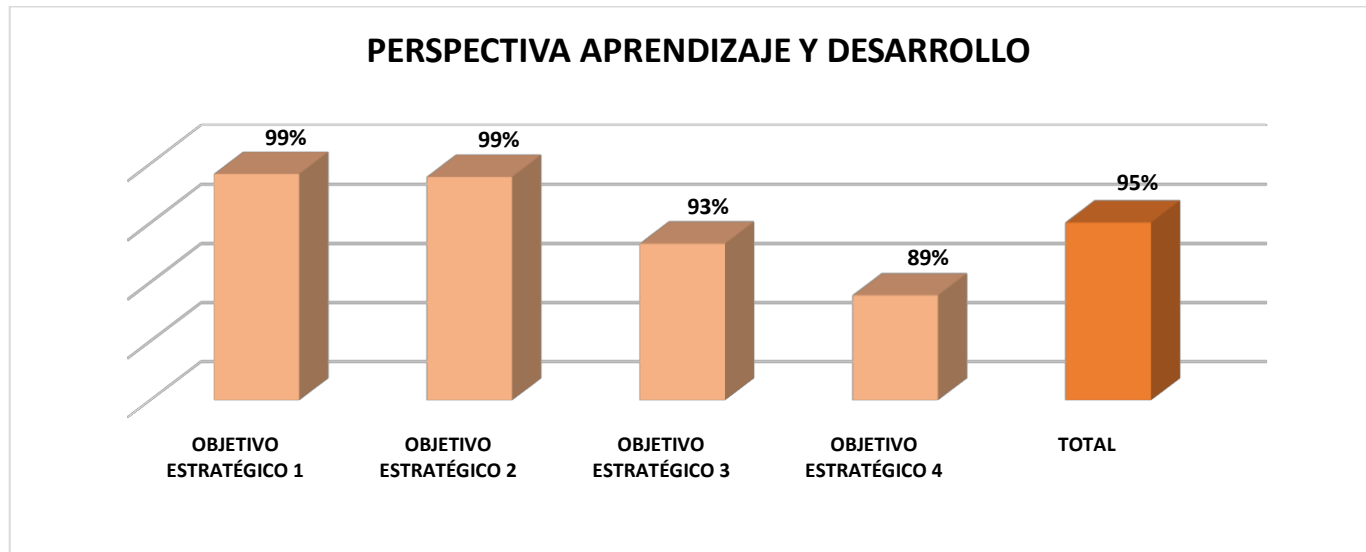
Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Optimizar tecnologías, para asegurar la integridad y oportunidad de la información.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	dad y confiabilidad de los datos, calidad del dato, mejorando la confiabilidad y la oportunidad de la información.	oportunidad de la información.											
	Diseñar y aplicar un proceso de análisis y validación de los resultados de los indicadores.	Procedimiento de análisis y validación de indicadores institucionales validado	Procedimiento validado en aplicativo DARUMA	0	1		0	0	0	0	0	0%	El procedimiento no se encuentra actualizado, se encuentra a fecha de aprobación 19-01-2022
	Identificar las fuentes de información para el cálculo de los indicadores de gestión y proceder con su desarrollo e implementación.	1. Verificación de indicadores medibles en la Institución	Paquete de registros de seguimiento y revisión de pertinencia de indicadores por áreas	0	1	Profesional Especializado Gestión de Calidad	1	1	1	1	4	100%	Se evidencia Informe de Indicadores del IV trimestre de 2025
	Auditorías periódicas y evaluaciones de los sistemas	Solicitud de soportes a los proveedores de sistemas de información del Hospital.	Listado de soporte solicitado a los proveedores de sistemas de información del Hospital.	100%	100%	Profesional Universitario de Sistemas	100	100	100	100	100	100%	Por parte de Dinámica Gerencial, en el año 2025 se colocaron 83 solicitudes de soporte en la página de soporte de SYAC, todas fueron contestadas y resueltas por parte del proveedor. En la pagina de soporte de Aquila, se

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Optimizar tecnologías, para asegurar la integridad y oportunidad de la información.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE	RESULTADO 2025				TOTAL 2025	% DE CUMPLIMIENTO 2025	OBSERVACIONES
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE			
	de tecnología de la información para identificar vulnerabilidades y áreas de mejora en la gestión de datos.												colocaron 69 tickets y todos fueron resueltos por parte del proveedor

% de cumplimiento Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo: 95%

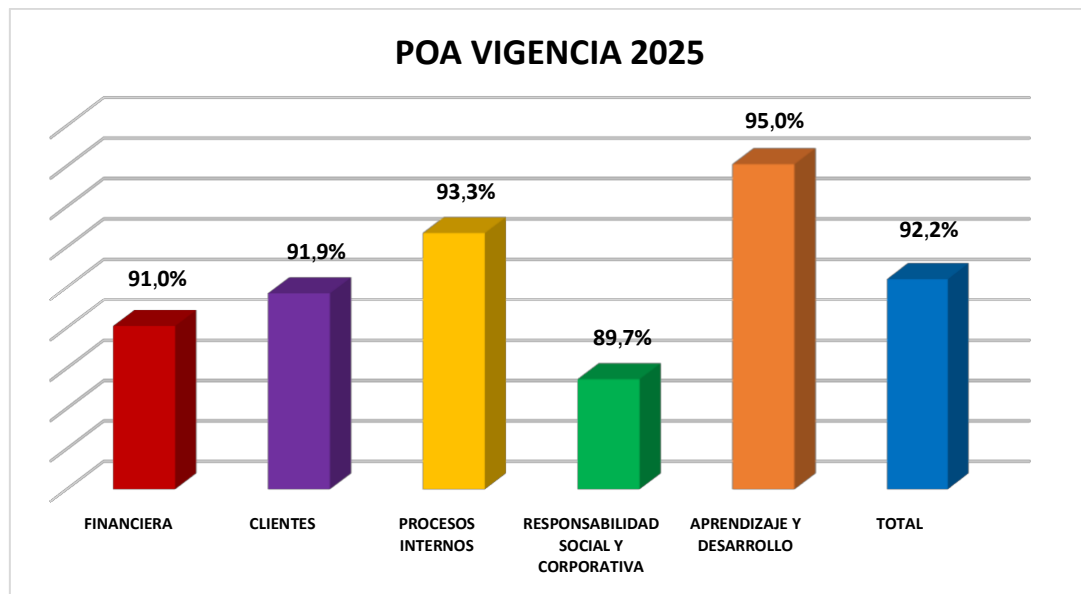


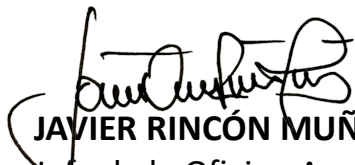
Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente



7. POA CONSOLIDADO A DICIEMBRE 2025

EJECUCIÓN POA CONSOLIDADO VIGENCIA 2025	
PERSPECTIVA	% DE CUMPLIMIENTO
FINANCIERA	90,8%
CLIENTES	91,9%
PROCESOS INTERNOS	93,3%
RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CORPORATIVA	89,7%
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	95,0%
TOTAL	92,2%




JAVIER RINCÓN MUÑOZ
Jefe de la Oficina Asesora de Planeación

Elaboró. Karine Buitrago Villalobos / Oficina Asesora de Planeación 


Gerente